

Sanna Yli-Kortesniemi

**Mielenterveyspotilaiden hoito Seinäjoen
kaupunginsairaalan osastolla 4**

Opinnäytetyö 2011

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Koulutusohjelma: Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma, yAMK

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Tekijä: Sanna Yli-Kortesniemi

Mielenterveyspotilaiden hoito Seinäjoen kaupunginsairaalan osastolla 4

Ohjaaja: TtT Annu Peltoniemi

Vuosi: 2011

Sivumäärä: 82

Liitteiden lukumäärä: 3

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa esimiesten kuvaamaa tietoa Seinäjoen kaupunginsairaalan osaston 4 A-solun toiminnasta, jonka pohjalta yksikön toimintaa sekä yhteistyötä voidaan kehittää edelleen. Tarkoituksena oli selvittää ja koota esimiesten käsitys toimintaa ohjaavista arvoista, perustehtävästä, tulevaisuuden visiosta sekä henkilöstön osaamisesta. Tutkimuksen lähestymistapa oli fenomenografinen. Aineistokeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua puolistrukturoituidulla kyselylomakkeella. Haastattelu toteutettiin viidelle (N=5) osaston hoitotyöstä tai lääketieteestä vastaavalle esimiehelle ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä induktiivisesti.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan mielenterveyspotilaiden hoito Seinäjoella oli ideaalista arvo- ja visiolähtöistä psykiatrasta perussairaanhoidon sekä sitä mahdollistavaa ammattitaitoa. Ensimmäinen päätulos, ”ideaali arvo- ja visiolähtöinen psykiatrinen perussairaanhoidon” kuvasi arvojen, perustehtävän sekä vision yhteen nivoutumista toiminnan näkökulmasta. Moniulotteisen perustehtävän toteuttamista heikensivät muun muassa hoitoketjujen toimimattomuus, epäselvyydet hoidettavista potilaista, henkilöstöresurssit sekä yhteistyötahojen tietämättömyys. Toinen päätulos, ”ammattitaito ideaalin psykiatrisen perussairaanhoidon mahdollistajana”, kuvasi osaamisen merkitystä mielenterveyspotilaiden hoidossa.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää yksikön toiminnan suunnittelussa, kehittämisessä ja osaamisen johtamisessa sekä koko Seinäjoen kaupungin mielenterveyspalvelujen kehittämisessä ja potilaiden hoitoketjujen muodostamisessa.

Avainsanat: Perusterveydenhuolto, mielenterveyden hoitotyö, strateginen johtaminen, osaaminen, fenomenografia

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Development and Management of Health Care and Social Services

Master's Degree Programme

Author: Sanna Yli-Kortesniemi

Nursing Psychiatric Patients in Ward 4 at Seinäjoki City Hospital

Supervisor: PhD Annu Peltoniemi

Year: 2011 Number of pages: 82 Number of appendices: 3

The aim of this thesis was to give information regarding the operations in Ward 4A in Seinäjoki City Hospital, as described by the supervisors. The information helps to further develop the operations and cooperation in the unit. The purpose was to examine the supervisors' views of values, basic tasks, future visions, and competence of the personnel. The study can be characterized as phenomenographic. The method of gathering data was a semi-structured interview, which was conducted with five (N=5) supervisors who were in charge of nursing or medical treatment in the ward. The data was analyzed inductively with content analysis.

According to the results of this thesis, psychiatric nursing in Seinäjoki consisted of ideal value and vision centered basic nursing and the competence that enabled it. The first main result, "ideal value-oriented and vision-oriented basic psychiatric nursing", described the connecting of values, basic tasks and vision from the operational perspective. The performing of the multidimensional basic tasks were weakened by e.g. dysfunctional treatment chains, confusions in patient care, staff resources and lack of information among cooperation partners. The second main result, "competence as the enabler of ideal psychiatric nursing", described the significance of professional skills in the mental health nursing.

The results of the thesis are presumed to help Seinäjoki City Hospital's Ward 4 with planning and design of operations and reinforcing competence. The thesis can probably be further used in developing Seinäjoki City mental health services and forming treatment chains of psychiatric patients.

Keywords: Primary health care, mental health nursing, strategic management, competence, phenomenographic

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	2
THESIS ABSTRACT	3
SISÄLTÖ	4
KUVIOLUETTELO.....	6
1 JOHDANTO	7
2 MIELENTERVEYSTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA	9
2.1 Perusterveydenhuolto	9
2.2 Mielenterveystyö	12
2.3 Mielenterveystyötä tekevän hoitavan henkilöstön valmiudet	15
3 STRATEGINEN JOHTAMINEN	21
3.1 Strategiseen johtamiseen liittyviä käsitteitä	22
3.2 Osaamisen johtaminen	24
4 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN SEINÄJOEN KAUPUNGISSA	27
5 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TÄSMENTÄMINEN.....	31
6 KEHITTÄMISKYSYMYKSET	32
7 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN VAIHEET JA METODIT	33
7.1 Kehittämistyön lähestymistapa.....	33
7.2 Aineiston keruu	35
7.3 Esimiesten haastattelujen toteutus ja aineiston analyysi.....	36
8 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TULOKSET	39
8.1 Ideaali arvo- ja visiolähtöinen psykiatrinen perussairaanhoito	40
8.1.1 Arvot toiminnan ohjaajina.....	40
8.1.2 Yksikön perustehtävä.....	42
8.1.3 Yksikön tulevaisuuden visio	47
8.2 Ammattitaito ideaalin psykiatrisen perussairaanhoidon mahdollistajana...	52
8.2.1 Henkilöstön osaamisvaatimukset.....	52

9	POHDINTAA.....	59
9.1	Kehittämistyön lähestymistapa ja aineiston keruu.....	59
9.2	Tulokset	60
9.2.1	Toimintaa ohjaavat arvot.....	60
9.2.2	Yksikön perustehtävä sekä psykiatrisen perussairaanhoidon tulevaisuus.....	61
9.2.3	Ammattitaito ideaalin psykiatrisen perussairaanhoidon mahdollistajana.....	64
9.3	Etiikka ja luotettavuus	67
10	TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN.....	70
	LÄHTEET	72
	LIITTEET	78

KUVIOLUETTELO

KUVIO 1. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön toteutuminen.....	14
KUVIO 2. Mielenterveystyön työvälineet.....	17
KUVIO 3. Liiketoiminnan menestyksen timantti.	21
KUVIO 4. Esimiesten haastattelun keskeiset osa-alueet.	37
KUVIO 5. Yhteenveto kehittämistehtävän tuloksista.	38

1 JOHDANTO

Yksi Suomen tavoite Euroopan Unionin puheenjohtajana v. 1999 oli saattaa mielenterveys puheenaiheeksi Euroopassa. Tämä työ tuottaa hedelmää ja mielenterveys onkin saanut asemaa keskeisenä osana *kansanterveyttä*. Perinteisesti käsite mielenterveys on nähty sairauskeskeisesti psyykkisiin häiriöihin liittyvänä. Tämän näkemyksen murtamiseksi on alettu puhua positiivisesta mielenterveydestä sekä sen roolista yksilön ja väestön voimavarana. Sillä on suuri merkitys sekä yksilöiden että koko väestön kansanterveydessä vaikuttaen taloudellisesti, inhimillisesti ja sosiaalisesti aina yksilöistä kansakuntiin saakka. Tämän vuoksi se tulisi ulottaa jokapäiväiseen kansanterveyspolitiikkaan ja siihen liittyviä kansanterveystoimenpiteitä tulisi aktiivisesti kehittää. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 5,9.)

Seinäjoen kaupunki on ollut aktiivinen alueensa mielenterveystyön kehittäjä. Seinäjoen kaupungille on tehty muun muassa *asiakaslähtöinen mielenterveystyön suunnitelma "Mieli hyvin Seinäjoella" vuosille 2004-2007* sekä laajentuneelle Seinäjoen kaupungille on luotu kattava *"Arjen hallinta- turvallinen arki" mielenterveys- ja päihdestrategia vuosille 2009-2012*. (Arjen hallinta- turvallinen arki 2009, 8, 13.) Kaupungin mielenterveys- ja päihdestrategian vuosille 2009-2012 yhtenä tavoitteena on kartoittaa kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelurakennetta. Tarkoituksena on muun muassa tuottaa kattavia, joustavia, taloudellisia ja vaikuttavia palveluja, jotka painottuvat avoterveydenhuoltoon, ja joissa henkilöstö osaa ja jakaa tehdä työtään tuottavasti. Lisäksi tavoitteena on selvittää yhteistyökäytäntöjä sekä tuottaa tasavertaisia ja helposti saavutettavia mielenterveyspalveluja kuntalaisille. (Arjen hallinta- turvallinen arki 2009, 4-5.)

Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen hallinnoiman kaupunginsairaan osaston 4 A-solu on 12-paikkainen laitoshoitoyksikkö mielenterveyspotilaille. Yksikkö on aloittanut toimintansa kesäkuussa 2008. Toiminnan suunnittelua mietittiin alkuvaiheessa, mutta se oli kovin haasteellista pitkäaikaishoidon lähtökohdan

sekä tulevan potilasaineiston määrittelemättömyyden vuoksi. Toiminta on muodostunut ja kehittynyt ”itsellään” erilaisten potilaiden vaihtuessa, ja henkilöstön mielen-terveystyöosaaminen on lisääntynyt ajan myötä. Osastolla on ollut lyhytaikaisia potilaita, joiden jatkohoito on järjestetty hoitojakson jälkeen muualla, mutta suurimman osan potilaista edelleen muodostavat pitkäaikaipotilaat. Toiminnan ja osaamisen kehittämistä estää eräänlainen yhteinen ”määrittelemättömyys” osaston perustehtävästä, arvoista, tulevaisuuden visioista ja tavoitteista.

Osaston arkityö on minulle tuttua yhdentoista vuoden kokemuksella. Työurani kaupungin palveluksessa alkoi maaliskuussa 2003, jolloin tulin valituksi varahenkilön toimeen osastoille K5 ja K6. Myllypuistosairaalaan muuton yhteydessä vuonna 2008 olen siirtynyt osastolle 4 sairaanhoitajan toimeen ja työni on pääosin tapahtunut 4A-solussa. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnoissa opinnäytetyön tulee tukea työn tekijän asiantuntijuuden laajentumista omissa tehtävissään. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön tavoitteena on ”kehittää ja osoittaa kykyä soveltaa tutkimustietoa ja käyttää valittuja menetelmiä työelämän ongelmien erittelyyn ja ratkaisemiseen sekä valmiutta itsenäiseen vaativaan asiantuntijatyöhön” (A 15.5.2003/352).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja koota esimiesten käsitys Seinäjoen kaupunginsairaalan osaston 4A toiminnan arvoista, perustehtävästä, visiosta sekä osaamisesta. Aihe on ajankohtainen, sillä jo olemassa olevan yksikön kehittämisen avulla voidaan tukea kaupungin mielenterveys- ja päihdestrategian toteutumista. Saadun tiedon avulla voidaan luoda uusia hoito- ja yhteistyökäytäntöjä, tukea potilaiden tarkoituksenmukaista hoitoa tarjoamalla tietoa osaston toiminnasta ja osaamisesta, kehittää henkilöstön osaamista tarpeenmukaisilla koulutuksilla sekä kehittää perusterveydenhuollon mielenterveystyön palveluja edelleen.

2 MIELENTERVEYSTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Suomessa yksilön oikeudet sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin perustuvat esimerkiksi perustuslakiin, kansanterveyslakiin, sosiaalihuoltolakiin sekä erikoissairaanhoidolakiin. Lisäksi lait potilaan (terveydenhuolto) tai asiakkaan (sosiaali-huolto) asemasta ja oikeuksista sekä erityisryhmille kohdennetut lait, esimerkiksi mielenterveyslaki, on asetettu turvaamaan yksilön asemaa ja oikeutta sosiaali- ja terveyspalveluihin. Lait velvoittavat kuntia järjestämään asukkailleen sosiaali- ja terveyspalveluja, mutta kunnille jää lopulta vastuu palveluista ja niiden järjestämisestä määrärahojensa puitteissa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut, 2005, 4-6). Tässä työssä sosiaali- ja terveyspalvelut rajataan perusterveydenhuoltoon ja kohdentumaan mielenterveystyöhön perusterveydenhuollossa. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa rajataan koskemaan erityisesti Seinäjoen kaupunginsairaalan yksikössä 4 A tapahtuvaa mielenterveyden hoitotyötä.

Mieli 2009- työryhmän selvityksen mukaan mielenterveyshäiriöiden kansanterveydellinen merkitys on noussut yhteiskunnassa keskeiseksi huomion kohteeksi. Kustannuksiltaan mielenterveyden häiriöt ovat erittäin kalliita. Suurin osa kustannuksista kuluu laitoshoidon ja rahaa avohoidon kehittämiseen ei kunnille jää. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 13.) Seinäjoen kaupungin strategia-alueen mielenterveystyön kustannukset vuonna 2007 jakautuivat psykiatrisen laitoshoidon (59,75%, n. 4,8 milj. €) sekä avohoidon kustannusten (40,25%, n. 3,233 milj. €) kesken. Raskas ja kallis laitoshoido haukkaa siis ison osan myös Seinäjoen mielenterveystyön määrärahoista (Arjen hallinta-turvallinen arki 2009, 17).

2.1 Perusterveydenhuolto

Kansanterveyslaki (1972) määrittää kansanterveystyön eli perusterveydenhuollon seuraavasti: ”Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toi-

mintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen.” Se säättää kunnan kansanterveystyön eli perusterveydenhuollon tehtäviksi muun muassa kunnan asukkaiden sairaanhoidon järjestämisen. Se pitää sisällään lääkärin suorittaman tutkimuksen, lääkärin valvoman tai antaman hoidon (=perussairaanhoito) sekä lääkinnällisen kuntoutuksen. Näitä toimintoja varten kunnassa tulee olla oma terveyskeskus tai muilla tavoin järjestetyt vastaavat palvelut. (L 28.12.1972/66.)

Kansanterveyslain (1972) mukaan perusterveydenhuollon ja terveyskeskuksen potilaita ovat ensisijaisesti ne potilaat, jotka ovat tarkoituksenmukaisesti hoitaa siellä sairauden laatu ja toipilasaste sekä tutkimuksen, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen tarve huomioiden. Potilaan tarkoituksenmukaisesta hoidosta joko kotona tukitoimien turvin, terveyskeskuksen sairaansijalla tai siirrosta toiseen laitokseen vastaa terveyskeskuksen vastaava lääkäri. (L 28.12.1972/66.) Hyvösen (2004) mukaan mielenterveyshäiriöistä perusterveydenhuollossa kyetään hoitamaan lievät mielenterveyden häiriöt ja niiden seuranta erityisesti jatkohoitona sairaalahoidon jälkeen. Myös pitkäaikaisten psykiatristen häiriöiden hoito (esimerkiksi skitsofrenia, masennus, unihäiriöt sekä paniikkihäiriöt) nähdään kuuluvan perusterveydenhuollon hoidettavaksi. Henkilöstön ammattitaidon tulee tutkimuksen mukaan olla laaja-alaista ja monipuolista, kun hoidetaan monentyyppisiä ja haasteellisia potilaita. (Hyvönen 2004, 61, 67.)

Toukokuussa 2011 voimaan astuvan uuden Terveysturvalain (2010) tarkoituksena on ”edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta, vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä sekä vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä.” Näihin tavoitteisiin pääsemiseksi laissa on määritelty

tarkasti muun muassa palveluiden sisältöjä ja järjestämisvelvollisuuksia, henkilöstön kouluttamista, yhteistyötä, hoitoon pääsyä ja hoidon toteutumista sekä eri tahojen kehittämis-, koulutus- ja tutkimustoimintaa. (L 30.12.2010/1326.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus perusteista avohoidon ja laitoshoidon määrittelemiseksi (2002) ohjaa laitospalveluiden rajanvetoa. Sen mukaan sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolla järjestetty hoito määritellään laitoshoidoksi. Potilaan hoito sairaalassa alkaa sisäänkirjauksella, kun terveyskeskuksen vastaava lääkäri aloittaa hoidon Kansanterveyslain 16§ tai 17§ mukaisesti ja päättyy, kun terveyskeskuksen vastaava lääkäri katsoo hoidon sairaalassa päättyvän ja potilas uloskirjoitetaan. Sosiaalihuollon laitoksissa, kuten vanhainkodeissa, kehitysvammaisten erityishuollon keskuslaitoksissa tai päihdehuoltolaitoksissa, järjestetty hoito määritellään myös laitoshoidoksi. Sosiaalihuollon laitoksissa annetaan hoitoa, kuntoutusta ja ylläpitoa erityistä huolenpitoa vaativille henkilöille, jotka eivät selviä kotona tai avohoidossa säännöllisten palvelujen järjestämisestä huolimatta, eivätkä tarvitse sairaalahoitoa. Avohoidoksi määritellään muiden toimintayksiköiden kuin edellä mainittujen laitoshoidoyksiköiden antamat palvelut. Avohoidon palveluiden keskeisiä piirteitä ovat asiakkaan vaikutusmahdollisuus, vuokra-asuminen sekä palveluiden ostaminen palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaisesti. (A 17.12.2002/1241.)

Terveyskeskustoiminta on nähty valtakunnallisesti ongelmallisena, ja sosiaali- ja terveysministeriön toimesta onkin vuonna 2006 terveyskeskusjärjestelmän uudistamiseksi järjestetty valtakunnallinen työseminaari. Terveyskeskus 2015-terveyskeskustyon tulevaisuus –seminaariraportissa kuvataan työseminaarin tiivistetyiksi toimenpide-ehdotuksiksi terveyskeskuksen perustehtävän määrittelyn, potilaslähtöisyyden vahvistamisen, osaamisen ja laadun kehittämisen, kansallisen terveyskeskusverkoston luomisen, informaatioteknologian hyödyntämisen tutkimus- ja kehittämistoiminnassa sekä organisaation ja toiminnan kehittämisen. (Myllymäki 2006, 3.) Sosiaali- ja terveyspalveluihin otetaan laajemmin kantaa valtakunnallisen lakisääteisen Kaste-ohjelman toimeenpanosuunnitelmassa vuosille 2008-

2011. Kaste-ohjelma on strateginen sosiaali- ja terveyspalveluiden ohjaustyökalu, jossa on asetettu tavoitteet ja toimenpiteet siitä, kuinka sosiaali- ja terveyspalveluiden tulevaisuuden haasteisiin vastataan. Tällä toimeenpanosuunnitelmalla tuetaan kuntien perimmäistä vastuuta sosiaali- ja terveyspalveluista. (Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011, 2009, 3.)

2.2 Mielenterveystyö

Terveys määritellään Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi, eikä sitä kuvata ainoastaan sairauksien tai vammojen puuttumisena. Mielenterveys on olennainen osa terveyttä. (Constitution of the World Health Organization, 1948, 2.) ”**Mielenterveys** on älyllisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaalistressissä, pystyy työskentelemään tuottavasti ja tuloksellisesti ja pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä” (World Health Organization WHO, 1999.) Käsite mielenterveys yhdistetään monesti ainoastaan mielenterveyshäiriöihin ja se on perinteisesti, esimerkiksi organisatorisesti ja poliittisesti, nähty erillisenä osana kansanterveyttä. Mielenterveyden merkityksen korostamiseksi yksilön ja väestön kansanterveydessä on alettu puhua käsitteistä positiivinen ja negatiivinen mielenterveys. Positiivinen mielenterveys nähdään yksilön voimavarana. Se on kuluva, mutta myös uusiutuvaa, elinvoimaa, itsetuntoa, toivoa, elämänhallintaa sekä kykenevyyttä selvitä elämän normaaleista stressitilanteista. Se on kykyä olla osa yhteiskuntaa sekä luoda ihmissuhteita siinä. (Mielenterveyden edistäminen 2007; Lavikainen ym. 2004, 5, 9, 32.) Negatiivisesta mielenterveydestä puhuttaessa tarkoitetaan mielenterveyden oireita, ongelmia sekä häiriöitä. Niistä saattaa muotoutua pitkäkestoisia ja yksilön toimintakykyä heikentäviä. Lääketiede diagnosoi mielenterveyden häiriön oireiden perusteella käytössä olevien diagnosiluetteloiden mukaan. (Lavikainen ym. 2004, 32.) Tässä opinnäytetyössä mielenterveys nähdään positiivisena ja negatiivisena mielenterveytenä huomioiden kuitenkin se, että negatiivinen mielenterveys ei poissulje positiivista mielenterveyttä.

tä. Tällä tarkoitetaan sitä, että mielenterveyshäiriöitä sairastavien positiivista mielenterveyttä tulee tukea aktiivisesti elämänlaadun parantamiseksi.

Mielenterveystyö määritellään Mielenterveyslaissa (1990) yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämisenä sekä mielisairauksien ja mielenterveyshäiriöiden ehkäisemisenä, parantamisena ja lieventämisenä. Lisäksi mielenterveystyöhön kuuluvat lääketieteellisin perustein sairauden tai häiriön vuoksi myönnettävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä väestön elinolosuhteiden kehittäminen. (L 14.12.1990/1116.) Kuntien on lakisääteisesti järjestettävä perusterveydenhuollossa tarpeen mukaiset mielenterveyspalvelut joko osana kansanterveystyötä tai sosiaalihuoltoa. Mielenterveyspalvelujen tarkoituksenmukaisimpana toteuttajatahona nähdään terveyskeskus, ja sairaanhoitopiirit vastaavat erikoissairaanhoidon tasoisten palveluiden tuottamisesta. Kuntien mielenterveyspalvelut tulisi ensisijaisesti järjestää avopalveluina ja niiden tulisi tukea oma-aloitteista hoitoon hakeutumista sekä itsenäistä suoriutumista. (Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut, 2005, 14.)

Mielenterveyslaki (1990) velvoittaa kuntia yhteistyöhön siten, että sairaanhoitopiirin kuntainliitto ja alueella toimivat organisaatiot (terveyskeskukset, sosiaalitoimi, erityispalveluja antavat kuntainliitot) järjestävät yhteistyössä toiminnalliset kokonaisuudet, jotka vastaavat alueella esiintyvään tarpeeseen. (L 14.12.1990/1116.) Myös Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011 kuvaa yhtenä keskeisenä tavoitteenaan, että sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu, vaikuttavuus sekä saavuttavuus paranevat ja alueelliset erot kapenevat (Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011, 2009, 12.) Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa otetaan kantaa mielenterveyspalveluihin ja -työhön perustuen Mielenterveyslakiin. Laatusuosituksen mukaan jokaisen kansalaisen tulisi päästä tarkoituksenmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon, hoidon tulisi olla johdonmukaista ja kuntouttavaa, palvelujärjestelmän tulisi olla hyvin hoitoketjutettu, sekä työnjaoltaan ja vastuultaan selkeä. Työnjako tulisi selvittää moniammatillisissa palaveris-

sa ja se tulisi kirjata yhteiseen mielenterveystyön kokonaissuunnitelmaan. Henkilöstön osaamiseen ja jaksamiseen tulee kiinnittää huomiota. Henkilöstön tulee myös saada osallistua työnsä sekä työolosuhteidensa kehittämiseen. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 3, 5-8.)

Hyvösen (2004) mukaan 1990-luvulta alkaen perusterveydenhuollon mielenterveystyöhön heijastuneet muutokset voidaan jakaa muutoksiin palvelujärjestelmässä (mm. sairaansijojen vähentäminen), muutoksiin psykiatrisessa hoitokäytännössä (mm. avohoitokeskeisyys), yhteiskunnallisiin muutoksiin (mm. arvojen ja asenteiden muutokset) sekä muihin muutoksiin (muutokset perusterveydenhuollon työntekijässä). Näiden muutosten vaikutusten jälkeen **perusterveydenhuollon mielenterveystyön ydintehtäviksi** kuvataan toteuttaa yhdessä useiden eri tahojen kanssa ennaltaehkäisyä, mielenterveysongelmien tunnistamista ja hoitoa sekä jatkohoidon järjestelyä. Verkostoissa toimiminen ja yhteistyö nähdäänkin tyypillisenä piirteenä perusterveydenhuollon mielenterveystyölle. Yhteistyötä voidaan nähdä sisäisten kumppaneiden kanssa (organisaation moniammatilliset tiimit sekä erityistyöntekijät) sekä ulkopuolisten tahojen kanssa (esimerkiksi psykiatrinen sairaala sekä kotipalvelu). Perusterveydenhuollon mielenterveystyön toteuttamisen voimavaroina kuvataan palvelujärjestelmä, henkilöstö, väestövastuujärjestelmä sekä väestön ja henkilöstön välinen suhde. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön toteuttamisen rajoitteina sen sijaan ovat palvelujärjestelmän piirteet, työntekijät sekä ongelmat yhteistyössä. Yhteenveto perusterveydenhuollon toteutumisesta ja osa-alueista on kuvattu kuviossa 1. (Hyvönen 2004, 59, 61-69.)



Kuvio 1. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön toteutuminen Hyvöstä (2004, 69) mukaillen.

2.3 Mielenterveystyötä tekevän hoitavan henkilöstön valmiudet

Hyvösen (2004) mukaan mielenterveystyötä tekevän työntekijän keskeiset ulottuvuudet, **ammattillisuus ja persoonallisuus**, ovat lähtökohta ja perusta mielenterveystyölle. Ammatillisuus pitää sisällään luotettavuuden, hoidon ammatillisen oikeellisuuden, vastuullisuuden, sitoutumisen, eettisyyden, asiallisen käytöksen sekä vallankäytön hallinnan suhteessa potilaaseen. Persoonallisuus taas on toisaalta sekä työväline että myös metaväline. Metavälineenä persoona toimii ohjatessaan varsinaisten työvälineiden valintaa sekä käyttöä yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti. Persoonan käyttö työvälineenä taas tuo hoitosuhteeseen työntekijän oman persoonan arvoineen ja asenteineen. Tällöin työntekijän on kyettävä itsetuntemukseen ja oltava tasapainoinen. Itsetuntemuksen voidaan nähdä olevan myös tärkeää oman jaksamisen kannalta. (Hyvönen 2004, 70-72.) **Itsereflektio** eli itsearviointi on edellytys ammatilliselle ja persoonalliselle kasvulle. Hoitajan tulee tuntea ja arvostaa itseään riittävästi ja moraalisen itsetunnon on oltava hyvä. Omien tunteiden hallinta ja tunnistaminen sekä minän puolustusmekanismien käyttö ja niiden tunnistaminen, ovat myös keskeisessä asemassa, kun autettavan tunteet ovat ris-

tiriitaisia, vaikeasti kestäviä tai kun autettavan psyykkinen itsesääntely on vajavaista. (Vuori-Kemilä 2003, 74-77.)

Hyvösen (2004) mukaan perusterveydenhuollon työntekijät ominaisuuksineen ovat keskeinen voimavarana perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. Ammattitaito on heillä yleisesti monipuolista sekä hyvää, ja työtä tehdään omalla persoonalla. Ammattitaitoa on riittävästi potilaiden tukemiseen keskusteluiden avulla, mutta varsinaisen terapiatyön ei nähdä olevan perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävä. Toisaalta ammattitaidossa saattaa olla myös puutteita ja negatiivista asennetta. Työntekijän voimavarat ovat rajalliset, kun tärkein ja korvaamaton työkalu on oma itse. Niin työyhteisön kuin yksilöllistenkin asenteiden merkitys voidaan nähdä suurena. Negatiivisten asenteiden taustalla voi olla avuttomuutta, pelkoa sekä tietämättömyyttä. (Hyvönen 2004, 64, 67.)

Mielenterveystyössä **asiakkaan motivaation vahvistaminen** on erittäin tärkeä, mutta myös haastava näkökulma. Mielenterveyspotilaan perustarpeet (esimerkiksi ravitsemus, puhtaus, aktiivisuus ja lepo) ja niiden normaalius ovat usein vajavai- sessa asemassa mielenterveyspotilaan sairauden tilasta johtuen. Tällöin hoitajan antama tuki, ohjaus ja auttaminen perustarpeiden tyydyttämisessä, arkielämän selviytymisessä ja sosiaalisissa tilanteissa ovat keskeisiä tuettaessa kokonaisval- taisesti potilaan terveyttä ja hyvinvointia. (Vuori-Kemilä 2003, 77-82.) Latvalan (1998) mukaan psykiatrisen hoitotyön keskiössä on **potilaan selviytyminen joka- päiväisessä elämässä**, jota ohjaa hoitotyön tarpeen määrittely, tavoitteen aset- taminen sekä hoitotyön auttamismenetelmät. Laitosympäristössä psykiatrinen hoi- totyö voidaan nähdä kolmentyyppisenä: varmistavana, kasvattavana sekä yhteis- toiminnallisena hoitotyönä. Varmistavaa hoitotyötä kuvataan autoritaarisena, kas- vattavaa hoitotyötä asiantuntijalähtöisenä ideaalimallin mukaisena toimintana sekä yhteistoiminnallista hoitotyötä potilaan konsultoivana yhteistyönä. Mielenterveyden hoitotyössä tarvitaan kaikkia näitä eri tasoja potilaan sairauden tilasta, kuntoutumi- sen asteesta sekä osallisuudesta riippuen. Hoitajan tulee tunnistaa nämä kolme

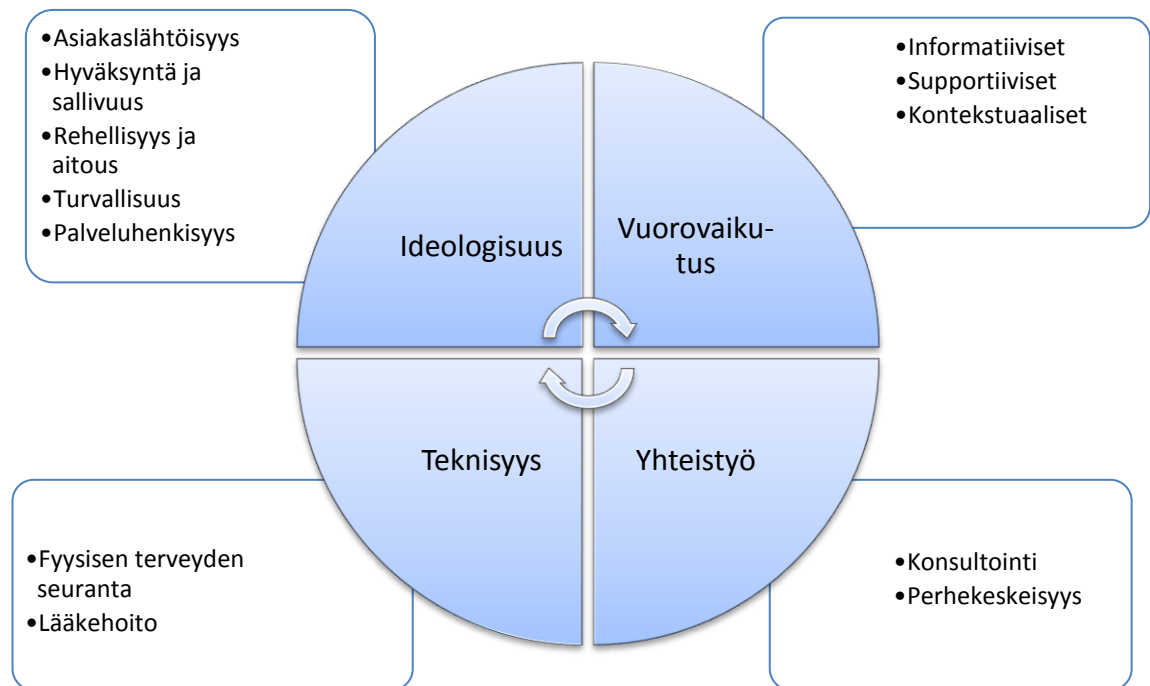
eri tapaa tehdä hoitotyötä ja kyetä siten potilaslähtöisesti tukemaan potilasta eri menetelmin. (Latvala 1998, 56-57.)

Potilaan hoidollinen kohtaaminen rakentaa sekä ylläpitää myönteistä ja luottamuksellista hoitosuhdetta. Dialogisuus eli vuorovaikutuksellisuus edellyttää luottamuksellista ja avointa ilmapiiriä. Hoitajan taito luoda ja vahvistaa ilmapiiriä on keskeistä hoitosuhteessa. Hoitajan hoidollinen ja tukea-antava (supportiivinen) asennoituminen on potilaan rohkaisua, rauhoittamista, inhimillisyyttä sekä empatiisuutta. Luottamus omiin valintoihin ja päätöksiin saa tukea hoitajan kanssa käydyissä keskusteluissa, joissa hoitaja tuo esiin eri puolet valinnoista ja niiden seurauksista. Dialogiauttaminen ei kuitenkaan ole ratkaisujen esittämistä, neuvomista ja puolesta päättämistä, vaan enemmänkin tietämättömyyttä, tukemista ja kiinnostuneisuutta. (Vuori-Kemilä 2003, 83-36.)

Asiakaslähtöisen auttamisen keskiössä on **potilaan taustan ja perhetilanteen tunteminen**. Taustoihin ja perhetilanteeseen perehtyminen tuo hoitosuhteeseen syvyyttä ja joustavuutta. (Hyvönen 2004, 64.) Piipon (2008) mukaan potilaiden kokemus yhteistyöstä sekä subjektiivuudesta omassa hoidossaan lisääntyy, kun potilaalle tärkeät ihmiset otetaan mukaan hoitoon. Yhteistyö, erilaisista näkökannoista keskustelu, rehellisyys sekä avoimuus lisäävät osaltaan potilaan luottamusta ja autonomian kokemusta, jolloin potilas kokee olevansa oman hoitonsa keskiössä. Tällöin hän kykenee vastaanottamaan paremmin apua sekä säilyttää autonomiansa kokiensa olevansa kunnioitettu yksilönä. Lisäksi pikemminkin moniammatillinen yhteistyö kuin perinteinen omahoitajuus tuottaa psykiatristen potilaiden hoidossa parempaa tulosta perustuen juuri luottamuksen (erityisesti luottamuksen hoitosysteemiin) sekä autonomian lisääntymiseen. (Piippo 2008, 32-33, 35.)

Hyvösen (2004) mukaan **mielenterveystyössä käytettävät työvälineet** voidaan jakaa ideologisiin, vuorovaikutuksellisiin, teknisiin sekä yhteistyövälineisiin (Kuvio 2.). Viidentenä keskeisenä työvälineenä on työntekijä itse. Työntekijä nähdään

sekä työkaluna että metavälineenä ohjatessaan edellä mainittujen välineiden käyttöä. (Hyvönen 2004, 83.)



Kuvio 2. Mielenterveystyön työvälineet Hyvöstä (2004, 83) mukaillen.

Ideologiset työvälineet ohjaavat työntekijän toimintaa perustuen ihmisenä olemiseen. Yksilöllisyyden huomiointi, asiakkaan kohtaaminen subjektina sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ovat asiakaslähtöisyyden kulmakiviä. Aito läsnäolo sekä avoin keskusteluyhteys viestittävät työntekijän rehellisyyttä ja aitoutta. Aktiivisuus, saavutettavuus, salassapitovelvollisuuden noudattaminen sekä jatkuvuus taas lisäävät potilaan turvallisuudentunnetta ja herättävät luottamusta työntekijää kohtaan. **Vuorovaikutus** työkaluna voi olla informatiivista, supportiivista tai kontekstuaalista. Informatiivinen vuorovaikutus tarkoittaa haastattelua, havainnointia sekä kuulemista, joiden avulla työntekijä pyrkii lisäämään tietoisuuttaan asiakkaan kokonaistilanteesta. Supportiivinen vuorovaikutus on asiakkaan tukemista kuuntelemalla ja koskettamalla. Aktiivinen kuuntelu on yksi keskeisimpiä mielen-terveystyön työvälineitä, kun taas koskettaminen on tilannesidonnaista liittyen

yleensä vaikeisiin tilanteisiin silloin, kun sanoja ei ole. Kontekstuaalisina vuorovaikutuksen työvälineinä pidetään huumoria, intuitiivisyyttä sekä luovuutta. Tilannesidonnaisuutensa ja ainutkertaisuutensa vuoksi ne täydentävät muita työvälineitä ja liittyvät sekä asiakkaan että työntekijän mielentilaan. (Hyvönen 2004, 74-79.)

Yhteistyö voidaan kuvata konsultointina sekä perhekeskeisyytenä. Konsultointia mielenterveystyössä tapahtuu sekä oman työryhmän ja organisaation sisällä että ulkopuolisten tahojen kanssa. Perhekeskeisyys näkyy perheen ja sen jäsenten mukaan ottamisena, huomioimisena sekä tukemisena. **Teknisinä työvälineinä** kuvataan taas toimenpiteisiin tai konkreettisiin välineisiin liittyvät asiat, esimerkiksi verenpaineen mittaaminen, hieronta tai hiusten laitto. Nämä asiat voivat toimia ikään kuin johdattelijana itse asiaan, tai ne voivat mahdollistaa vuorovaikutuksen (esimerkiksi lääkehoito). Niillä on pienempi merkitys kuin vuorovaikutuksella. (Hyvönen 2004, 79-82.)

Lähihoitajan ammattitaito. Lähihoitajan ammattitaito rakentuu ammattieettisestä, tiedollisesta, taidollisesta sekä esteettisestä osaamisesta. Työtä ohjaavat elämän ja ihmisarvon kunnioittamisen, itsemääräämisoikeuden, oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon periaatteet. Työtä ohjaa ammattietiikka, joka myös ohjaa lähihoitajan vastuuta työstään sekä asiakkaalle että yhteiskunnalle. ”Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittanut lähihoitaja on terveydenhuollon ammattihenkilölaissa nimikesuojattu ja sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdot täyttävä ammattihenkilö.” (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja. 2010, 272, 274.)

Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoitajan ammatin ydintehtävä on potilaiden hoitaminen. Sairaanhoitajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu eettisestä toiminnasta, terveyden edistämisestä, hoitotyön päätöksenteosta, ohjauksesta ja opetuksesta, yhteistyöstä, tutkimus- ja kehittämisosaamisesta ja johtamisesta, monikulttuurisesta hoitotyöstä, yhteiskunnallisesta toiminnasta, kliinisestä hoitotyöstä sekä lääkehoidosta. Sairaanhoitajana toimiminen edellyttää Tervey-

denhuollon oikeusturvakeskuksen hyväksymää terveydenhuollon ammattihenkilöksi laillistamista. Myöntäminen edellyttää laillistamisen hakemista sekä tutkinnon antaneen ammattikorkeakoulun ilmoitusta. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 63-64, 71.)

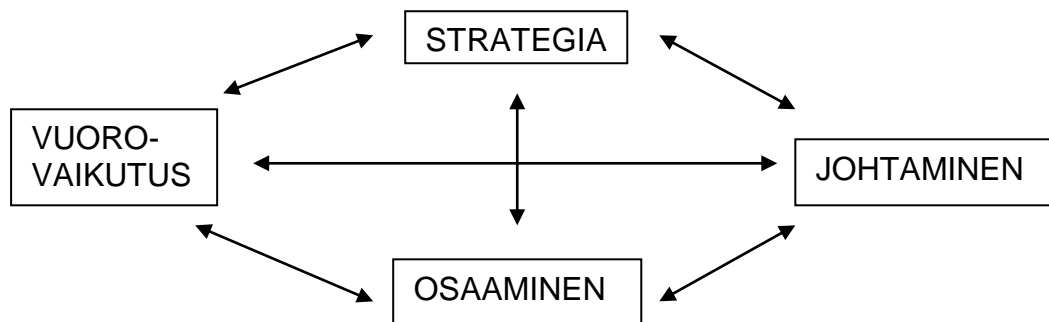
Hoitotyön asiantuntijuus. Leppäsen ja Puupposen (2009) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan hoitotyön asiantuntijuus on vaikeasti määriteltävää, substanssiosaamiseen perustuvaa moninaista toimintaa. Hoitotyön asiantuntijuus perustuu esimerkiksi pitkään työkokemukseen sekä laaja-alaiseen kliiniseen käytännön kokemukseen. Hoitotyön asiantuntija toimii laajasti terveydenhuollossa ja häneltä vaaditaan verkostoitumisa osaamista. Hoitotyön asiantuntijat osallistuvat näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseen, ohjaavat, opettavat ja kouluttavat sekä kehittävät käytänteitä esimerkiksi konsultoiden. Hoitotyön asiantuntijat osallistuvat myös hoitopolkujen kehittämiseen sekä hoitovaihtoehtojen laajentamiseen, joiden avulla voidaan kehittää uusia ja tarkoituksenmukaisia palveluja potilaille. Hoitotyön asiantuntijatyöhön kasvaminen ja siinä kehittyminen vaatii lääkäreiden, esimiesten sekä työtovereiden tukea ja sitoutumista. (Leppänen & Puupponen 2009, 40-48.)

3 STRATEGINEN JOHTAMINEN

Strateginen johtaminen on monille vieras, kaukainen ja sodankäynniltä kuulostava termi. Voidaankin pohtia, mihin strategiaa ja strategista johtamista organisaatioissa ja yrityksissä tarvitaan. Strategia käsitteen alkuperä on kreikankielen sanassa ”strategos” tarkoittaen sodan johtamisen taitoa. Yhdistettynä liikkeenjohtoon strategiaan voidaan yhdistää kilpailu. Strateginen toiminta onkin tärkeää organisaation tai yrityksen olemassaolon ja hengissä pysymisen kannalta. Kilpailukyvyyn säilyttäminen, ei ainoastaan taloudellisesta näkökulmasta vaan myös riittävien resurssien takaamiseksi, on keskeistä muuttuvissa ympäristön tilanteissa. (Kamensky 2010, 13-18.) Ranniston (2005) mukaan strategiaa tarvitaan ensinnäkin organisaation suunnan asettamiseen, jotta tiedetään, mihin suuntaan ollaan menossa. Varsinkin tiukassa taloustilanteessa organisaation kilpailukyvyyn hankkiminen sekä olemassaolon perustelut vaativat strategiaa. Strategia määrittää organisaation toiminnan. Määrittäminen avulla voidaan organisaation paikka asemoida suhteessa muihin sekä asettaa toiminnalle tavoitteita ja rajoituksia. Strategia sitoo yksilöt toisiinsa ja sitouttaa heidät yhteiseen toimintaan keskittäen voimavarat. Strategia vähentää epävarmuutta sekä luo johdonmukaisuutta. (Rannisto 2005, 68-69.)

Strateginen johtaminen voidaan kuvata tietoisena asetettuihin tavoitteisiin pyrkimisenä. Strategiseen johtamiseen voidaan nähdä liittyvän sekä strategian määrittelijöiden, strategian tulkitsijoiden että myös strategian toteuttajien toiminta. Strategisessa johtamisessa voidaan nähdä useita erilaisia koulukunta-ajatteluja. Yleensä erilaiset koulukunta-ajattelut, esimerkiksi klassinen strateginen ajattelu sekä pehmeä strateginen ajattelu, yhdistyvät strategisessa johtamisessa. Klassisen strategisen johtamisen mukaan johdon tehtävä on hallita sekä suunnitella prosessia ja kokonaisuutta. Taas pehmeän strategisen ajattelun mukaan kokonaisuuteen vaikuttavat lisäksi arvot, toimintakulttuuri, osallistuvat ihmiset sekä yhteistyötahot. Strategia nähdään kehittyvänä ja muokkautuvana läpi prosessin kulun. (Rannisto 2005, 66) Kamensky (2010, 28) nimittää liiketoiminnan johtamisen ja kehittämisen

tärkeimmät asiat menestyksen timantiksi. Hänen mukaansa keskeisimpinä onnistumisen edellytyksinä ovat strategia, johtaminen, vuorovaikutus sekä osaaminen. Yksin mikään näistä ei ole riittävä elementti ja ainoastaan kokonaisuutena tämä timantti on liiketoiminnan johtamisen sekä kehittämisen tärkein työkalu. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Liiketoiminnan menestyksen timantti Kamenskya (2010, 28) lainaten.

Myös tässä opinnäytetyössä strateginen johtaminen nähdään yhdistelmänä klasista strategista johtamista sekä pehmeää strategista ajattelua. Strateginen johtaminen nähdään edellä mainittuna organisaation eri tahojen yhteisenä toimintana, jota ohjaa ja hallinnoi johto huomioiden arvot, toimintakulttuuri, työntekijät sekä yhteistyötahot.

3.1 Strategiseen johtamiseen liittyviä käsitteitä

Strategiaa ja strategista johtamista ei saada täytäntöön ilman kunnollista pohjatyötä vaan strategian luominen tapahtuu strategiaprosessina. Strategiaprosessi käynnistyy tarpeen mukaan tai säännöllisin väliajoin sovitusti, ja siihen osallistuvat henkilöt arvioidaan strategian laajuuden mukaan tapauskohtaisesti. Strategiaprosessin ja strategisen toiminnan sisäistäminen sekä arviointi edellyttää keskeisten käsitteiden määrittelyä sekä aukikirjoittamista. Strategiaprosessi käynnistyykin organisaation tavoitteiden sekä toiminta-ajatuksen kuvaamisella, joiden kautta strategiset teemat voidaan valita. (Rannisto 2005, 72-73, 76-77.)

Organisaation tehtävä, toiminta-ajatus, perustehtävä, missio. Tehtävä, toiminta-ajatus, perustehtävä sekä missio ovat kutakuinkin samaa tarkoittavia, toiminnan tarkoitusta kuvaavia termejä strategisen johtamisen näkökulmasta (Määttä 2000, 66). Toiminta-ajatuksen kuvaamisella saadaan selvyys organisaation olemassaoloon. Syy organisaation olemassaoloon ohjaa siihen kuuluvien henkilöiden toimintaa. (Rannisto 2005, 77.) Ei-voittoa tavoittelevien organisaatioiden perustehtävänä on esimerkiksi lakiin perustuvan perustehtävänsä toteuttaminen. Ei-voittoa tavoittelevien organisaatioiden keskeisin menestyksen mittari ei ole tuotettu voitto, vaan toiminnalla aikaansaadut positiiviset vaikutukset asiakkaisiin. (Määttä 2000, 186-187.) Tässä työssä toiminnan tarkoitusta kuvaavana terminä käytetään perustehtävää.

Visio. Strategian toteuttaminen on lähes mahdotonta tai ainakin ajan haaskausta ilman vision määrittelyä. Strategia perustuu visioon eli näkemykseen siitä, mihin tulevaisuudessa pyritään. Jaettu visio lisää yhteenkuuluvuutta, tekemisen meininkiä sekä ohjaa oppimista ja resursseja oikeaan suuntaan. Vision tulee olla houkuttava vaihtoehto, tahtotila, ja sen tulee motivoida yksilöitä toimintaan ja jopa muutokseen mieluummin kuin paikallaan pysymiseen. (Rannisto 2005, 77-78.)

Arvot ja organisaatiokulttuuri. Yksilöitä ja heidän toimintaansa ohjaavat arvot; ne asiat jotka ovat heille tärkeitä ja tavoittelemisen arvoisia. Nämä yksilöiden arvot ovat suorasti yhteydessä koko organisaatioon ja sen toimintaan luoden organisaatiolle oman tapansa toimia ja arvostaa asioita. Näin muodostuu organisaatiokulttuuri, joka on omanlaisensa joka organisaatiossa. Arvojen ja organisaatiokulttuurin sekä esimerkiksi työntekijöiden työhyvinvoinnin tai organisaation tuloksellisuuden välillä on selkeä yhteys. (Rannisto 2005, 78-79.) Arvojohtamisella tarkoitetaan johtamisoppia, jossa nähdään organisaatio keskeisenä omien arvojensa määrittäjänä. Perinteisesti arvot on määritelty johtajan tai johtoryhmän toimesta, mutta arvoja ovat määrittämässä myös alaiset, asiakkaat sekä kuntalaiset. Tietoisuuden lisäämisellä pyritään sitouttamaan arvoihin. (Lehtonen 2009, 8.) Arvoilla johtamisella tarkoitetaan usein samaa kuin arvojohtamisella. Arvoilla johtaminen ei niinkään ole

suoranaisesti arvo-ominaisuuksilla johtamista. Se on pikemminkin tietoista tai tiedostamatonta arvoihin liittyvillä mielikuvilla, ajatuksilla, esimerkeillä sekä toimintamalleilla johtamista eli esikuvana olemista. (Lehtonen 2009, 11.)

3.2 Osaamisen johtaminen

Käsite osaamisen johtaminen (knowledge management) suoraan käännettynä englanninkielestä tarkoittaa tiedon ja tietämyksen johtamista. Todellisuudessa se kuitenkin on kokonaisvaltaista organisaatiossa olevan tiedon, taidon ja kokemuksen hallintaa, rakentamista ja ohjausta. Osaamisen johtamisessa strategian ja tavoitteiden havainnollistaminen ja osaamistarpeiksi asettaminen henkilöstölle on tärkeää. Osaamisen ja strategian yhdistäminen lisää avoimuutta ja yhteiseen näkökulmaan pyrkimistä. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 88, 91, 93.) Johdon osallistumisella on selkeä yhteys osaamisen johtamiseen. Osaamisen johtamisen kytkeminen strategiaan ja koko organisaatiojärjestelmään edellyttää johdon osallistumista sekä pitkäjänteistä sitoutumista luoden positiivista osaamisen ja kehittämisen ilmapiiriä. (Hyrkäs 2009, 161-162; Huotari 2009, 181-184.)

Laaksonen ym. (2005) käyttivät Sveibyn (1997) määrittelyä, jonka mukaan organisaation pääoma voidaan nähdä aineellisena ja aineettomana. Aineellisen pääoma määritellään organisaation näkyvän velan vähentämisen jälkeen jäljelle jääneenä pääomana. Aineeton pääoma taas muodostuu inhimillisestä pääomasta (yhteinen tieto ja osaaminen, työtehtävien suorittaminen, työmotivaatio, työkyky sekä sitoutuminen eli inhimilliset voimavarat peilautuen organisaation arvoihin, kulttuuriin ja toiminta-ajatukseseen), rakenteellisesta pääomasta (organisaatiolle kuuluva tietovaranto järjestelmineen ja tekniikoineen) sekä sosiaalisesta pääomasta (yhteisöllisyys; ihmisten keskinäiset suhteet niin toisiinsa kuin asiakkaisiin ja verkostoihin, johtamisjärjestelmät sekä normit). (Laaksonen ym. 2005, 93, 95, 97.)

Kaplan ja Norton (2004) kuvaavat aineettoman pääoman koostuvan inhimillisestä, informaatio- sekä organisaatiopääomasta. Heidän mukaansa aineettoman pää-

oman mittaaminen on hankalaa ja siksi sitä ei ensisijassa tulisikaan mitata rahassa. Aineettoman pääoman eri osa-alueiden kohdistaminen organisaation strategisesti tärkeisiin asioihin sekä linkittäminen toisiinsa kuvaavat parhaiten niiden arvoa organisaatiossa. Esimerkiksi organisaation tietotekninen osaaminen ja hallinta vaativat strategista pohdintaa ohjelmien merkityksestä, johdon sitoutumista ja henkilöstön osallistamista, toimivia tietojärjestelmiä ja koulutuksia sekä henkilöstön kouluttautumista, motivaatiota ja kykyä oppia. (Kaplan & Norton 2004, 203, 206-207, 215.) Tässä opinnäytetyössä nähdään, että aineettoman pääoman osa-alueiden huomiointi, strategiaan kohdistaminen sekä toisiinsa linkittäminen ovat keskeisiä määriteltäessä organisaation osaamista ja osaamisen kehittämistä.

Yksilön osaaminen voidaan määritellä tiedoiksi ja taidoiksi. Inhimillinen toiminta huomioiden se käsittää myös sosiaalisen ja tunneosaamisen hallinnan sekä yhteisiin tavoitteisiin sitoutumisen. Osaamisessa korostuvat yhteistyötaidot, vuorovaikutus, organisatorinen oppiminen, verkostotyöskentely sekä tietämyksen hallinta. Osaamista kuvaavat parhaiten työyhteisöt, joissa työskentelee tiedon ja kokemuksen omaavia asiantuntijoita ja ammattiosaajia. Osaaminen voidaankin jakaa sekä yksilölliseen että organisaation osaamiseen. (Laaksonen ym. 2005, 93, 95, 97.) Organisaation osaamisen voidaan myös nähdä muodostuvan kolmikantaisesti ammatillisesta osaamisesta, kollektiivisesta osaamisesta (kehittyy yhteisesti pitkän ajanjakson aikana) sekä sosiaalisesta pääomasta eli organisatorisista osaamisen käytön ja kehittymisen edellytyksistä (Lehtonen 2002, 178).

Osaamisen johtaminen kiteytyy organisaation kykeneväsyyteen vastata vaateisiin uudistumisesta, joustavuudesta sekä muuntuvuudesta kehittäen työn sisältöjä, työn organisointia sekä johtamista. Osaamisen johtaminen tulee sitoa yhä tiukemmin osaksi sosiaali- ja terveystoimialojen strategiaa työvoiman saatavuuden hankaloituessa ja väestön ikääntyessä. Strateginen johtaminen on osa päivittäisjohtamista, eikä sitä voida irrottaa omaksi hallinnonalakseen. Osaamisen strategisen johtamisen ydin on henkilöstön osaamisen strategialähtöistä ja –tietoista johtamista, osaamisen uusintamista sekä tietoisuutta osaamisesta. Kiteytettynä

”osaamisen strateginen johtaminen on organisaation vision ja nykytilan välisen osaamisvajeen määrittämistä ja vajeen poistamista henkilöstön osaamisen kehittämisellä”. (Laaksonen ym. 2005, 103; Huotari 2009, 184.)

Jotta organisaation toimintaa voitaisiin kehittää, lähtökohta tulee olla olemassa olevan osaamisen taso. Sitä arvioidaan erilaisin menetelmin sekä yksilön että organisaation yhteinen osaaminen huomioiden. Osaamisalueiden ja kehitystarpeiden kartoitusta voidaan tehdä esimerkiksi osaamisselvityksin (-kartoituksin). Osaamiskartoitus on organisaation tehtäviin ja tavoitteisiin pohjautuva lomakepohja, jonka työntekijä täyttää arvioiden osaamistaan teemojen mukaan. Tavoitteena on saada esiin se hiljaisesta tiedosta, erityis- tai ydinosaamisesta koostuva osaaminen, joka on yksilöiden ja organisaation käytettävissä kulloinkin. Osaamiskartoituksilla saadaan selville myös puutteet tai kehittämistarpeet osaamisessa, jolloin vajetta kyetään paikkaamaan koulutuksin tai rekrytoimalla asian osaavaa henkilöstöä. Osaamistarpeen määrittely tulee sisältää nykyosaamisen, kehityskohteiden, puutteiden sekä työssä kohdattavien ongelmien analysoinnit, jonka jälkeen siirrytään pohtimaan niiden korjaamiskeinoja. Johtopäätökset kirjataan ja tämä tarveanalyysi tehdään säännöllisin väliajoin. (Laaksonen ym. 2005, 94-95.)

4 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN SUUNNITTELU JA JÄRJESTÄMINEN SEINÄJOEN KAUPUNGISSA

Muutokset ovat ravistelleet Seinäjoen kaupungin perusterveydenhuoltoa viimeisten vuosien aikana. Seinäjoen kaupungin perusterveydenhuoltoa on järjestetty Seinäjoen seudun terveysyhtymän toimesta vuosikausia. Kun se vuoden 2009 alusta purettiin, Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus ryhtyi hallinnoimaan palveluja.

Palveluiden järjestämisen lähtökohta. Seinäjoen kaupunginvaltuuston 25.10.2010 hyväksymän sosiaali- ja terveyskeskuksen johtosäännön mukaan kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen toiminta-ajatuksena on ”tuottaa niitä palveluita, jotka sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön mukaan kuuluvat kaupungin hoidettaviksi, ja lisäksi, mitä valtuusto on strategiassaan hyväksynyt” sekä ”sosiaali- ja terveyskeskus turvaa ja edistää asukkaiden hyvinvointia ja yhteisöjen toimivuutta järjestämällä yhteistyötahojen kanssa asukkaiden ja yhteisöjen tarpeista lähteviä, sosiaali-, terveys-, ympäristö- ja neuvontapalveluja” (Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen johtosääntö 2010.)

Kaupungin mielenterveystyön strateginen suunnittelu. Seinäjoen kaupunki on ollut aktiivinen alueensa mielenterveystyön kehittäjä. Seinäjoen kaupungille on vuonna 2004 tehty valtakunnallisia linjauksia noudattava mielenterveystyön suunnitelma vuosille 2004-2007. Sen tarkoituksena oli hahmottaa Seinäjoella toimivat mielenterveystyötä tekevät tahot sekä niiden tavoitteet, tehtävät ja työnjako. Suunnitelman päämääränä oli kuntalaisten psyykkisen hyvinvoinnin turvaaminen. Tarkoituksena oli myös antaa suositukset eri tahojen toiminnan kehittämiseen siten, että Mielenterveyslaki toteutuisi Seinäjoella mahdollisimman hyvin. (Mieli hyvin Seinäjoella 2004, 8.) Vuonna 2009 laadittiin laajentuneelle Seinäjoen kaupungille kattava ”Arjen hallinta- turvallinen arki” mielenterveys- ja päihdestrategia vuo-

sille 2009-2012. Se on strateginen kannanotto palveluiden järjestämiseen pohjautuen muun muassa lainsäädäntöön, laatusuosituksiin sekä kansalliseen Mieli 2009-mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan. (Arjen hallinta-turvallinen arki 2009, 8.) Seinäjoen kaupunginvaltuusto on hyväksynyt tämän strategian, jonka tavoitteina on esimerkiksi kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelurakenteen kartoittaminen, yhteistyökäytäntöjen selkiyttäminen, sekä henkilöstön osaamisen ja jaksamisen tukeminen. (Seinäjoen kaupunginvaltuuston kokouspöytäkirja 29.6.2009.)

Terveysterveystenhuollon tulosalueen tehtävä. Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnan 12.5.2009 hyväksymän toimintasäännön mukaan Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskuksen terveydenhuollon tulosalueen tehtävänä on ”tuottaa tai järjestää Seinäjoen kaupungin ja Isonkyrön yhteistoiminta-alueen väestön tarpeita vastaavia, laadullisesti hyviä perusterveydenhuollon palveluita. Lisäksi terveydenhuolto huolehtii yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon porrastuksen toimivuuden”. (Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen toimintasääntö 2009.) Alueen toimialajohtajana toimii apulaiskaupunginjohtaja. Sosiaali- ja terveyskeskus jakaantuu kuuteen tulosalueeseen: hallintoon, vammaispalveluihin, sosiaalityöhön, vanhustyöhön, terveydenhuoltoon sekä ympäristöterveydenhuoltoon ja tulosalueita johtavat tulosaluepäälliköt.

Terveystenhuollon tulosalueen päällikkönä toimii johtava ylilääkäri. Terveystenhuollon tulosalue jaetaan viiteen tulosyksikköön: avohoitoon, sairaalaan, suun terveydenhuoltoon, terveyden edistämiseen ja täydentäviin palveluihin sekä yhteisiin tekniikan palveluihin. Sairaalan tulosyksikössä toimii viisi osastoa, tehostettu avosairaanhoito sekä sosiaalityö, joiden vastuuhenkilönä toimii sairaalan ylilääkäri yhdessä hoitotyön johtajan kanssa. Seinäjoen kaupungin asukasluvun ollessa noin 57930 ja Isonkyrön noin 4970 (Väestötietojärjestelmät 2011), tulee Seinäjoen kaupungin järjestää perusterveydenhuollon palveluita hieman alle 63000 ihmiselle. Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveystenhuollot ovat siis laajat. Tässä työssä ei ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista paneutua kaikkiin palveluihin, joten Seinä-

joen kaupungin perusterveydenhuollon palvelut rajataankin koskemaan kaupunginsairaalaan ja erityisesti sen osastoa 4.

.

Kaupunginsairaalan osasto 4 palveluiden tarjoajana. Myllypuistosairaalan osasto 4 on siis yksi osasto kaupunginsairaalan viidestä osastosta ja siitä käytetään myös nimitystä Myllypuistosairaalan osasto 4. Tässä työssä osastosta käytetään nimitystä kaupunginsairaalan osasto 4, sillä se kuvastaa paremmin osastoa osana kaupunginsairaalaan. Osasto on jaettu 4A ja 4B soluihin, ja tämä opinnäyte-työ on suunnattu erityisesti 4A-soluun. Tässä työssä puhuttaessa osastosta 4, tarkoitetaan sekä A että B solua. Puhuttaessa yksiköstä tai 4A solusta, tarkoitetaan sillä vain solua 4A. Puhuttaessa Myllypuistosairaalaan tarkoitetaan osasto 4:n lisäksi samassa kiinteistössä olevan kaupunginsairaalan osastoa 5.

Alun perin entisen Koskenalan B-mielisairaalan tiloissa on vuodesta 1991 toiminut Seinäjoen seudun terveystyhtymän hallinnoima 25-paikkainen psykogeriatrinen osasto K6. Osasto on perinteisesti hoitanut perusterveydenhuollon tasolla, suljetun osaston luonteen periaatteella, ne dementoivia tai mielenterveyden sairauksia sairastavat vanhuspotilaat, jotka vaativat oman turvallisuutensa vuoksi suljettua laitoshoidoa. Osasto sai kauan odotetut uudet toimitilat Myllypuiston kiinteistöstä keväällä 2008 ja toiminta hajautettiin tuolloin pienempiin yksiköihin. Osastosta K6 tuli Myllypuistokoti osasto 4 ja se hajautettiin kahteen soluun. Näin muodostuivat 12-paikkainen mielenterveyssolu 4A sekä 15-paikkainen dementiasolu 4B. Terveystyhtymän purkamisen myötä Myllypuistokoti nimi vaihtui Myllypuistosairaalaksi. Kinnusen ja Vuoren (2005) mukaan muutoksissa sekä ihmisen että organisaation kulttuurinen sosiaalistumis- ja yhdistymisprosessi vie 3-6 vuotta aikaa, jonka vuoksi liian nopeilta odotuksilta tulee pidättäytyä ja muutoksille tulee antaa aikaa. (Kinnunen & Vuori 2005, 209-210.)

Toiminnan alkaessa kaikki 4 A solun potilaat olivat yli 60-vuotiaita pitkäaikaispotilaita kaupunginsairaalan osastojen tai Koskenalan K5 (nykyisin kaupunginsairaalan osasto 5) ja K6 yksiköistä. Potilailla oli joku mielenterveyden diagnoosi tai vai-

kea-asteiset dementiaan liittyvät käytösoireet, ja he tarvitsivat suljettua sairaalatasoista laitoshoitoyksikköä oman turvallisuutensa vuoksi. Yksikön toimintaa suunniteltiin ennen avaamista, mutta se oli haasteellista pitkäaikaishoidon lähtökohdan sekä tulevan potilasaineiston selvittämättömyyden vuoksi. Toimintaa päätettiin jatkaa ja kehittää näistä lähtökohdista. Toiminta muodostui ja kehittyi potilaiden vaihtuessa, ja henkilöstön osaaminen lisääntyi erityisesti työssä oppimalla.

Tänä päivänä osaston 4 lääketieteellisestä hoidosta vastaa 0,25 geriatri. Osaston lähiesimiehenä toimii osastonhoitaja sekä hänen kanssaan hoitotyötä kehittää apulaisosastonhoitaja (sairaanhoitaja). Hoitohenkilökunta muodostuu heidän lisäksi kolmesta sairaanhoitajasta sekä 16 lähi/perus/mielenterveyshoitajasta. Tässä opinnäytetyössä hoitohenkilökunnasta puhuttaessa tarkoitetaan sairaan-/lähi-/perus-/mielenterveyshoitajia ja hoitavasta henkilöstöstä puhuttaessa tarkoitetaan lääkäreitä sekä hoitohenkilökuntaa.

Osaston 4 hoitotyön keskeiset asiat ovat potilaiden toimintakyvyn tukeminen, yksilöllinen hoito sekä perhehoitotyö. Omahoitajat vastaavat yksilöllisesti ja potilaslähteisesti suunnitellusta hoidosta, jota he myös koordinoivat. Tiedonkeruu pohjautuu potilaalta tai hänen läheisiltään saatuihin elämänkaaritietoihin. Hoitosuunnitelmassa perehdytään fyysiseen, sosiaaliseen, emotionaaliseen sekä kognitiiviseen toimintakykyyn sekä niiden voimavaroihin ja tarpeisiin. Tavoitteet ja toteutus muokataan kuntouttavan työotteen näkökulmasta ja potilaan omatoimisuutta tukien. Hoitosuunnitelmat arvioidaan puolivuositain ja voinnin olennaisesti muuttuessa useammin. Omaiset ovat aktiivisia yhteistyökumppaneita ja tietoa hoidon edistymisestä jaetaan yhteydenotoissa. Omaisia tuetaan sairauden hyväksymisessä ja hoitoon osallistumisessa esimerkiksi keskusteluin, kannustamalla ja ohjaamalla sekä yhteisiä juhlia järjestämällä.

5 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TÄSMENTÄMINEN

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on

- tuottaa esimiesten kuvaamaa tietoa Seinäjoen kaupunginsairaalan osaston 4A toiminnasta, jonka pohjalta yksikön toimintaa sekä yhteistyötä voidaan kehittää edelleen ja
- kehittää opinnäytetyön antaman tiedon avulla yksikön palveluita, sekä kohdistaa yksikön palvelut osaksi Seinäjoen kaupungin mielenterveys- ja päihdestrategiaa

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on

- selvittää ja koota esimiesten käsitys Seinäjoen kaupunginsairaalan osaston 4A toiminnan arvopohjasta, perustehtävästä, tulevaisuuden visiosta sekä henkilöstön osaamisesta

6 KEHITTÄMISKYSYMYKSET

1. Mitkä arvot ohjaavat yksikön toimintaa?
2. Mikä on yksikön toiminnan perustehtävä?
3. Millainen on yksikön tulevaisuuden visio?
4. Millaista henkilöstön osaamista yksikön toiminta edellyttää?

7 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN VAIHEET JA METODIT

7.1 Kehittämistyön lähestymistapa

Tutkimuksen tekijän tiedonsaantiin liittyvät filosofiset ja periaatteelliset pohdinnat ovat tieteeseen liittyvää epistemologiaa. Aiheen valinnan aikana ja viimeistään alustavien tutkimusongelmien asettamisen jälkeen tulee tutkijan pohtia päätöksiä työn toteuttamisesta. Tietoisien tai tiedostamattoman pohdinnan ja valinnan tuloksena tutkija luo itselleen ja tutkimukselleen tausta-ajattelun siitä, kuinka tulee saamaan aiheeseensa liittyen parasta ja relevanteinta tietoa. Kvantitatiivinen tutkimus korostaa asioiden loogisia syy-seuraussuhteita sekä pyrkii tilastollisen aineiston avulla todentamaan väitteensä. Sille on tyypillistä aiemmat teoriat ja johtopäätökset, sekä niistä johdetut hypoteesit (perustellut odotusväitteet). Lisäksi kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuu numeerinen aineisto, taulukkomuotoiset ja tilastolliset aineistot sekä päätelmien tekeminen niistä, sekä tulosten tilastollinen testaus. Kvalitatiivisella tutkimusotteella taas tavoitellaan todellisen elämän kuvaamista mahdollisimman laajasti. Tavoite on enemmänkin tuottaa uutta tietoa tosiasioista kuin osoittaa jo tuotettuja väittämiä todeksi. Laadullisen menetelmän tulokset ovat sidonnaisia tutkijaan ja hänen arvomaailmaansa sekä objektiivisyyteensa. Koska tässä opinnäytetyössä on tarkoitus saada merkityksellistä, syvällistä ja tutkimatonta tietoa yksikön toimintaa ohjaavista arvoista, perustehtävästä, toiminnan visiosta sekä henkilöstön osaamisesta, on luonnollista valita opinnäytetyön lähestymistavaksi kvalitatiivinen tutkimusote. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2009, 123-124, 129-131, 139-140, 158, 161.)

Vilkkä (2005) kuvaa laadulliselle tutkimusotteelle olevan tyypillistä ihmisten merkitykselliseksi koetut asiat, joita voidaan nähdä käsityksinä tai kokemuksina. Kokeusten kautta tapahtuu oppimista ja oppimisen kautta muodostuu käsityksiä asioista, joita taas kielen avulla voidaan kuvata. Haluttaessa saada tietoa ihmisten käsityksistä jostain asioista, saavutetaan luotettavampaa tietoa haastattelemalla

kuin esimerkiksi havainnoimalla perustuen juuri kielen käyttöön käsitysten kuvaamisessa. Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen ja Saaren (2005) mukaan käsitteet ovat universaaleja, ulkoisesta todellisuudesta riippumattomia ajattelukonstruktioita. Tällä tarkoitetaan sitä, että ihminen ajatteluprosessissaan tuottaa asioille tai olioille merkityksen oman perspektiivinsä kautta. Jotkut käsitteet voidaan kuvata yhdellä sanalla (koira) ja jonkin käsitteen kuvaaminen vaatii monta sanaa (potilasturvallisuuteen vaikuttavat riskitekijät). Käsitteet sisältävät useita vaihtoehtoisia asiaan liittyviä kriteereitä, jotka ihmisen subjektiivisessa ajattelussa muodostuvat käsityksiksi. Esimerkiksi koiraa pelkäävän henkilön käsitys koirista on täysin erilainen verrattuna opaskoiran omistavan sokean henkilön käsitykseen. Käsitys ei kuitenkaan ole pysyvä, vaan se muuttuu kokemusten myötä ihmisen subjektiivisessa todellisuudessa. On kuitenkin syytä erottaa käsitys mielipiteestä. Käsitys on luonteeltaan vahvempi perustuen ihmisen pohdintaan ja oppimiseen vuorovaikutuksessa ilmiön kanssa. Sen avulla jäsennetään uutta tietoa ilmiöstä jatkojalostaen käsitystä. Syrjälä ym. (1995) mukaan ilmiöt ja ongelmat ovat subjektiivisia, ihmisen tuottamia, käsityksiä eivätkä erillisiä objektiivisia todellisuuksia: ”On vain yksi maailma, joka ilmenee eri tavoin ihmisten käsityksissä”. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen ja Saari 1995, 116-117, 121; Vilkkä 2005, 97.) Tällaisten eri ilmiöihin liittyvien erilaisten käsitysten kuvaamista, analysointia ja ymmärtämistä kutsutaan fenomenografiaksi. Fenomenografiassa tutkitaan arkiajattelua ja tarkastellaan todellisuutta erilaisten ihmisten näkökulmista (Nummenmaa & Nummenmaa 2002, 67, 69.)

Tässä opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita nimenomaan erilaisista käsityksistä, joita yksikön esimiehillä on mielenterveyspotilaiden hoitoon liittyvistä asioista yksikössä. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää ja koota esimiesten käsitys Seinäjoen kaupunginsairaalan osaston 4A toiminnan arvopohjasta, perustehtävästä, tulevaisuuden visiosta sekä henkilöstön osaamisesta. Siksi erilaisten käsitysten saamiseksi koottua yhteen käytetään tässä työssä lähestymistapana fenomenografiaa.

7.2 Aineiston keruu

Tutkimustyötä tehtäessä on pohdittava myös millä metodilla eli menetelmällä saa tietoa, joka parhaiten vastaa tutkimusongelmiin sekä miten tietoa aiotaan kerätä. Tyypillisesti kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa käytetään aineistonkeruumenetelminä esimerkiksi havainnointia, yksilö- tai ryhmähaastatteluja tai valmiiden aineistojen analysointia huolimatta tarkastelun näkökulmasta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2009, 177-178, 185, 191-192.) Fenomenografialla pyritään saamaan mahdollisimman paljon ja kattavaa tietoa ilmiöstä. Suositeltavana menetelmänä pidetään haastattelua joko avoimena tai puolistrukturoituna. (Järvinen & Karttunen 1997, 167.)

Haastattelulla saadaan monitahoisia ja laajoja vastauksia. Sillä voidaan kartoittaa alueita joita ei ole vielä tutkittu. Haastatteluja voidaan toteuttaa lomakehaastattelulla, strukturoimattomalla eli avoimella haastattelulla tai teemahaastattelulla. Lomakehaastattelulla voidaan testata hypoteeseja ja kvantifioida tuloksia. Strukturoimaton haastattelu taas määrittää aiheen väljästi ja se etenee aihepiirin sisällä haastateltavan ehdoilla. Teemahaastattelulle tyypillistä taas ovat kantavat teemat, jotka ohjaavat haastatteluja. Teema-alueet ovat kaikille samat, mutta sallivat kuitenkin vastaajien tulkinnat ja merkityserot. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 35, 43-46, 48; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 205, 208-209.) Haastattelun onnistumista ja haastateltavien orientoitumista tukee kysymysten, teemojen tai vähintäänkin aiheen jakaminen haastateltavien kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2008, 73). Tässä opinnäytetyössä kehittämiskysymyksiä ohjasivat neljä teemaa, ja keskeistä työssä oli niihin perehtyminen syvällisesti haastateltavien käsitysten mukaan.

Tutkimuksen ydinasiaa, haastatteluaineiston sisällön analysointia, aletaan tehdä jo haastatteluvaiheessa. Sisällönanalyysissä aineisto puretaan aukikirjoittamalla eli litteroimalla nauhoitetut haastattelut sanasta sanaan tai valikoiden esimerkiksi teemoittain tutkijan parhaaksi katsomalla tavalla. Tämän jälkeen päättelemällä ja tulkitsemalla aineistoa ensin pelkistetään ja sitten teemoitellaan ja luokitellaan ala-

ja yläkategorioihin kohti merkityksellisiä kokonaisuuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2008, 92-93, 108-113; Vilkkä 2005, 140.) Aineistoa voidaan analysoida ja tulkita induktiivisesti, deduktiivisesti tai abduktiivisesti. Induktiivinen päättely korostaa aineistolähtöisyyttä ja deduktiivinen taas teorialähtöisyyttä. Induktiivisellä päättelyllä on tarkoitus saada yksittäisestä tiedosta yleistä, ja deduktiivisella päättelyllä pyritään todentamaan yleistä tietoa yksittäisellä tasolla. (Tuomi & Sarajärvi 2008, 95.) Abduktiivisella päättelyllä pyritään todentamaan tutkijan teoreettisia etukäteisideoita (Hirsjärvi & Hurme 2008, 136). Valmiit teoreettiset mallit sekä itse aineisto ohjaavat abduktiivista analyysyä tutkijan yhdistellessä niitä toisiinsa soveltuvien osien (Tuomi & Sarajärvi 2008, 97).

Fenomenografisessa aineiston sisällönanalyysissä korostuu aineiston tarkastelu suhteessa sekä omaan kontekstiinsä että myös muihin aineistoihin. Tämä on tärkeää siksi, että erilaisten käsitysten selvittäminen vaatii sekä yksittäisten vastausten että kokonaisuuksien huomiointia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 169.) Tuotetusta tiedosta ei pyritä saamaan välttämättä yleistettävää, vaan tavoite on nimenomaan saada mahdollisimman laajasti kuvattua vastaajien erilaisia käsityksiä tutkittavasta asiasta. Erilaisten käsitysten kirjo on kyettävä luokittelemaan johdonmukaisiksi kokonaisuuksiksi. Joitain kokonaisuuksia ohjaa yksittäinen ilmaus, toisia taas useampi vastaavankaltainen ilmaisu. Silti merkityksinä ne ovat yhtä tärkeitä, koska kysymys on ihmisten käsityksistä. Fenomenografinen tutkimus ei mittaa määriä, vaan pyrkii kuvaamaan erilaisuutta. (Syrjälä ym. 1995, 125-127.) Metsämuuronen (2008) mukaan juuri tämä kontekstisidonnaisuus tekee fenomenografisen lähestymistavan tuloksista vähemmän yleistettäviä. Myös muuttuvat sekä aidosti erilaiset käsitykset antavat kritiikkiä tämän lähestymistavan tulosten luotettavuudelle ja yleistettävyydelle. (Metsämuuronen 2008, 36.)

7.3 Esi miesten haastattelujen toteutus ja aineiston analyysi

Tälle opinnäytetyölle on haettu hyväksytyyn tutkimussuunnitelmaan perustuen tutkimuslupaa organisaatiolta, ja se on myönnetty hoitotyön johtajan toimesta ke-

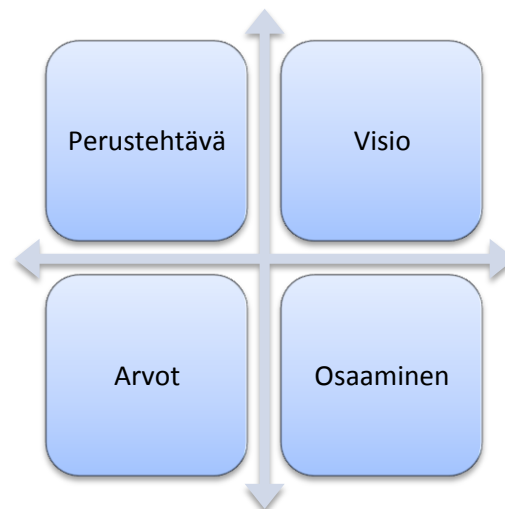
väällä 2010 (liite 1.). Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen laadittiin puolistrukturoitua haastattelulomaketta toukokuussa 2010. Haastattelun pääteemoina olivat arvot, perustehtävä/rooli, visio sekä osaaminen. (Kuvio 4.) Teemojen pohjalta laadittuja kysymyksiä oli yhteensä 25 (liite 2.), jotka kysyttiin kaikilta samansisältöisinä. Haastattelulomaketta testattiin esittämällä kysymykset vertaisarvioijalle ja hänen esittämiensä muutosehdotusten pohtimisen jälkeen kysymykset jäivät lopullisiksi.

Haastateltavien valinnassa jouduttiin tekemään valintoja aiheen tutkimattomuuden vuoksi sekä tulosten luotettavuuden vuoksi, joten haastateltavat ovat harkinnanvarainen otos. Haastateltavat valittiin Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen johtosäännön mukaisesti. Aineistoa kerättiin haastattelemalla viittä lääketieteestä tai hoitotyöstä vastaavaa esimiesasemassa olevaa henkilöä. Tähän päädyttiin siksi, että heidän arveltiin tietävän esimiessuhteensa vuoksi eniten yksikön asioista. Sosiaali- ja terveyskeskuksen johtajaa ei haastateltu sillä perusteella, että haastatteluilla pyrittiin ymmärtämään syvällisesti nimenomaan arjen toiminnan kehittämiseen liittyviä asioita organisaation esimiesten näkökulmasta. Myös yhteistyötahojen edustajien haastattelusta pitäydyttiin, sillä tavoite oli tuottaa esimiesten kuvaamaa tietoa Seinäjoen kaupunginsairaalan osaston 4A toiminnasta, jonka pohjalta yksikön toimintaa sekä yhteistyötä voidaan kehittää edelleen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 35, 44-48, 59.) Haastattelun vastaajista käytetään jatkossa termejä esimiehet, vastaajat tai haastateltavat.

Haastateltavilta kysyttiin henkilökohtaisesti vapaaehtoisista suostumusta haastatteluun ja samalla heille kerrottiin työn tarkoituksesta ja tavoitteista. Haastattelun teemat jaettiin sähköpostitse haastateltaville, jotta he voisivat orientoitua etukäteen aiheisiin. Haastattelut sovittiin jokaisen haastateltavan kanssa yksitellen heidän aikataulujensa mukaan. Jokainen vastaaja valitsi itse sopivan ajan ja paikan haastattelulle. Kaikki haastattelut toteutettiin vastaajien työhuoneissa. Haastattelun edetessä joustettiin tarpeen mukaan, esitettiin lisäkysymyksiä tai jätettiin kysymys kysymättä, mikäli vastauksissa näytti tulevan toistoa. Neljässä haastattelussa käy-

tettiin nauhuria tallentamisvälineenä ja yhdessä vastaukset kirjoitettiin ylös haastattelavan suostumuksen mukaan. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 72-75, 84-86.)

Kaikkien haastattelujen sisältö litteroitiin sanasta sanaan Word 7-ohjelmalla ja aukikirjoitettua tekstiä saatiin yhteensä noin 38 A4-sivua. Vastauksia luettiin useaan otteeseen, ja aineistoa ryhdyttiin pilkkomaan osiin tutkimuskysymysten avulla tai niihin vastaamalla. Aineisto pelkistettiin ja sitä ryhdyttiin jakamaan alakategorioihin. Alakategorioiden muodostuessa pohdittiin yhdistäviä yläkäsitteitä eli yläkategorioita. Sisältö analysoitiin laadullisin sisällönanalyysimenetelmin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti pyrkien tuottamaan yksityisestä tiedosta yleistä tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 136, 138, 143, 149.)



Kuvio 4. Esimiesten haastattelun keskeiset aihealueet.

8 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TULOKSET

Kehittämistehtävän tuloksena voidaan sanoa, että mielenterveyspotilaiden hoito Seinäjoella on ideaalista arvo- ja visiolähtöistä psykiatrasta perussairaanhoidoa sekä sitä mahdollistavaa ammattitaitoa. Arvot, perustehtävä ja visio nivoutuvat yhteen toiminnan kuvauksen näkökulmasta ja osaamista kuvataan omana tuloksestaan. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Yhteenvedo kehittämistehtävän tuloksista.

8.1 Ideaali arvo- ja visiolähtöinen psykiatrinen perussairaanhoito

Taustakysymykset. Taustakysymysten mukaan vastaajien roolit yksikköön nähden ovat terveyskeskuksen johtava ylilääkäri, osastonlääkäri, hoitotyön johtaja sekä osastonhoitaja. Rooleissa on toimittu 1-7 vuotta. Yksikköön liittyvissä asioissa ollaan tekemisissä harvoin, kaksi kertaa viikossa, kerran viikossa, lähes päivittäin tai päivittäin.

8.1.1 Arvot toiminnan ohjaajina

Toimintaa ohjaavat **arvot** voidaan kuvata **suosituksina**. Vastausten mukaan keskeinen yksikön toimintaa ohjaava arvo on potilaan kunnioittaminen. Kunnioittaminen on tasa-arvoista kohtelua, tasavertaisuutta muihin potilaisiin nähden, asiakas- ja potilaslähtöisyyttä sekä ihmisarvon, potilaan sekä hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittamista sairaudesta huolimatta. Potilaan kunnioittamista pidetään lähtökohtana ja hoidon onnistumisen kannalta keskeisenä asiana:

”Lähtökohtaisestihan... kullakin työntekijällä pitää olla ihan peruslähtökohtana että kunnioittais sitä mielenterveyspotilasta... ihmisenä ja potilaana... se heijastuu aika äkkiä siihen työhön. Se on lähtökohta.”
(V4)

Tärkeä toimintaa ohjaava arvo on myös yksilön hyvä ammattitaito. Yksilön hyvä ammattitaito on oikeudenmukaisuutta, oman persoonan käyttöä sekä epäitsekkyyttä. Hyvää ammattitaitoa on myös tietoisuus potilaiden sairaudesta siten, että ymmärtää potilaiden erilaiset oireet ja kykenee sietämään niitä. Hyvä ammattitaito on lisäksi potilasturvallisuuden huomioimista, sekä elämäнкаariajattelumallin ja kuntouttavan työotteen hallintaa.

Toimintaa ohjaavien arvojen yhdeksi alakategoriaksi muodostui myös epätietoisuus yksikön arvoista. Osa vastanneista ei tiennyt, onko yksikössä yhteisesti määriteltä, toimintaa ohjaavia arvoja. Osa vastanneista tiesi että arvot on määriteltä,

mutta suoralta kädeltä ei kyetty sanomaan mitä ne ovat. Arvoja kuvattiin muisteluun, arveluun sekä ”asioihin törmäämisen” pohjalta:

”...asioihin oon niinku monessa kohtaan törmännyt, että mä käsittäisin et nää olis.” (V2)

”...muistelin että ne olis jotain semmoista.” (V4)

Toimintaa ohjaavat **arvot** nähdään myös **esimiesten henkilökohtaisina toimintaohjeina**. Esimiesten omaa työskentelyä ohjaavat arvot ovat toisen ihmisen kunnioittaminen sekä esimiehen ammattitaito. Toisen ihmisen kunnioittaminen on erityisesti ihmisarvon kunnioittamista. Lisäksi kunnioittaminen on tasa-arvoisuutta, tasavertaisuutta, asiakas- ja potilaslähtöisyyttä sekä yksilöllisyyttä. Esimiehet kuvasivat arvojaan toisalta sekä potilastyöhön että esimiesasemaansa liittyen:

”Potilaiden ja työntekijöiden ihmisarvon kunnioittaminen on tärkeintä.” (V3)

Esimiehen ammattitaito on oikeudenmukaisuutta, välittämistä, inhimillisyyttä, vaihtolovelvollisuuden kunnioittamista sekä henkilökunnan osallistamista. Tärkeää on myös hyväksytyjen lääketieteellisten toimintamallien käyttäminen, näyttöön perustuva lääketiede sekä ajantasainen hoito.

Toimintaa ohjaavat lisäksi **arvot arjessa**. Vastausten mukaan arvojohtaminen sekä arvoihin sitoutuminen on tärkeää. Arvojohtaminen on arvotietoisuutta sekä yhteistä arvopohdintaa, ja yhteinen keskusteluyhteys vaikeistakin asioista on keskeistä. Haastateltavien mukaan arvoista tulee käydä epävirallista keskustelua päivittäisen arjen mittaan. Vapaamuotoisten arvokeskustelujen foorumeiksi ehdotettiin muun muassa kahvipöytäkeskusteluja, hoitotilanteita, lääkärin kiertoja, palaveriteita, osastotunteja sekä hoitotiimejä. Ideaalia arvotoimintaa on yhteinen arvojen määrittely sekä vuosittainen keskustelu ja arviointi siitä, vieläkö arvot pitävät paikkansa. Tällainen keskustelu nähtiin tarpeellisena jotta toiminta kulkee oikeaan suuntaan:

”Niitähän pitäis... käydä läpi ja muistuttaa, ja tarvittaessa niitä pitää... muuttaa. Koska sehän saattaa ... muuttua... Vähintään kerran vuodessa mun mielestä pitäis olla sellanen... että ne käydään läpi. Et pitääksne edelleen paikkaansa? Ja ollaanko me toimittu meidän arvojen mukaisesti? Ja jos ei niin miksi? Jos ei oo toimittu niin onko ... niissä arvoissa korjaamista vai onko meidän toimintatavassa? Ettei ... se lähde sitten ... jotenkin väärään suuntaan vaan ajelehtimaan.” (V5)

Vastausten mukaan arvojohtamista on myös rekrytointi, perehdyttäminen, työn kehittäminen, täydennyskoulutukset sekä osaamisvaatimusten määrittely. Arvoihin sitoutuminen on arvojen kunnioittamista, niiden sisäistämistä, sekä niihin sitoutumista. Lisäksi arvoihin sitoutuminen vaatii myös yhteisiin hoito- ja kuntoutusmalleihin sitoutumista sekä yksilöiden joustavuutta ja itsensä asettamista taka-alalle.

8.1.2 Yksikön perustehtävä

Yksikön ensimmäinen perustehtävä on tarjota **perussairaanhoidoa sairaalassa**. Vastauksissa korostui selkeästi vastaajien käsitys yksikön perustehtävästä kaupunginsairaalan osana. Toiminnan odotettiin olevan sairaalatasoista ja tärkeitä on yksikön muuttuminen edelleen sairaalamaisemmaksi. Sairaalatasoinen toiminta on lääkärijohtoisuutta, sairaalahoidoa tarvitsevien potilaiden hyvää hoitoa ja hoitamista sairaalan osastolla. Lisäksi se on kykenevyyttä antaa potilaalle yleislääketieteelliseen hoitoon liittyvät lääketieteelliset sekä hoidolliset tutkimukset ja hoidot. Siten yksikkö on ihan erilainen kuin kaupungin asumispalveluyksiköt, vanhainkodit ja vuorohoitoyksiköt, sillä sairaalana toimiminen jo sinänsä on erilaista:

”Korostan sitä sairaalaa, se on kaupunginsairaala.” (V4)

”...se on ihan erilainen yksikkö kun kaupungin asumispalveluyksiköt. Ei, ei voi... verrata. Ja myös vanhainkotiin... sosiaali- ja vanhuspalvelujen... laitospaikkoihin. Ja vuorohoitoyksiköihin. Niin täähän on ihan erilainen.” (V5)

Eroa erikoissairaanhoidoon tehdään lainsäädännön näkökulmasta ja erot erikoissairaanhoidoa ohjaaviin lakeihin on tiedossa. Hoidon periaatteita ohjaa mielenter-

veyslaki siten, että sen mukaisesti yksikössä ei ole sallittua hoitaa vastentahtoisesti tai pitää pakkohoidossa potilaita eikä toteuttaa eristyshoitoja:

”Täällä ei hoideta vastentahtoisesti.” (V3)

”Ja sitten tietysti nää tälläset eristysasiat ... niin nehän ei oo ... mielenterveyslain mukaan täällä puolella sallittuja...” (V5)

Potilaan hoidon tavoitteena on tilanteen ja lääkityksen tasapainotus. Tavoitteeseen pyritään pääsemään yksilöllisellä hoidon tarpeen ja hoitojakson pituuden arvioinnilla. Yksikkö pystyy tarjoamaan ehkä laajemminkin lyhytaikaishoitopalveluita kuin nyt. Tällöin vaihtuvuutta on enemmän ja osastosta hyötyy useampi potilas. Yksikössä hoidettavia potilaita pyritään kotiuttamaan ja jatkohoitopaikan löytyminen on tavoite. Yksikössä annetaan ympärivuorokautinen hoito ja muualla annetaan tuetut tai kotiin annettavat palvelut. Hoito kestää lähtökohtaisesti vain tietyn vaiheen ja pysyvistä hoitopaikoista tai pitkäaikaishoidon leimasta pyritään pääsemään:

”...ei missään nimessä oo tarkoitus, että on sillä lailla pitkäaikaishoitolaitos vaan... enemmän kuitenkin niin että... saadaan tilanne tasapainoon, lääkitys kuntoon.” (V5)

Yksilöllinen hoitotyö korostaa yksilöllisyyttä siten, että hoitajien tulee tuntee, tietää ja osata hoitaa potilaita oikealla lailla. Yksilöllisyyttä korostavat myös yksilöllisesti laaditut hoito- ja kuntoutussuunnitelmat, sekä toimintakykyä ylläpitävät päiväohjelmat:

”...vahvuus, ja mitä on hyvä edelleen ylläpitää on... semmonen kuntouttava hoito-ote että on... osalle potilaille laadittu... selkee kuntoutussuunnitelma ja päiväohjelma ja... toimintakyvyn ylläpitävä suunnitelma, elikkä se on... semmonen kyllä joka mun mielestä on selkeesti tämän yksikön ero muihin... Myllypuisto yksikköihin.” (V2)

Yksikön toinen perustehtävä on olla **osa hoitoketjua**. Yksikön perustehtävää kuvataan siis myös hoitoketjun porrastamisen kautta. Perusterveydenhuollon rooli on olla hoitoketjun osa ja sen paikka on selkeä. Erikoissairaanhoidossa hoidetaan erikoissairaanhoitoa vaativat potilaat. Kaupunginsairaala on potilaiden hoidontar-

peeseen oikea ja parhaiten soveltuva paikka silloin, kun erikoissairaanhoidon ei enää tarvita. Tavoitteena on vastaanottaa potilaat erikoissairaanhoidosta. Hoitoketju jatkuu perusterveydenhuollosta tuettuun palveluasumiseen, kotiin tai muihin vastaaviin. Yksikössä voidaan kuitenkin hoitaa paljon erikoissairaanhoidossa, erityisesti geropsykiatrisella osastolla, hoidossa olevia potilaita. Käytäntö sanelee sen, että potilaat lähetetään suoraan erikoissairaanhoidon. Täten hoidon porrastaminen on ajankohtaista:

”...me pystyttäis hoitamaan täällä paljon sellaisia potilaita joita nyt hoidetaan tee kuutosella. Se käytäntö nyt vaan on semmoinen että, et sinne Törnävälle on laitettu. Mutta että siinä mun mielestä olis selkeesti se hoidon porrastuksen paikka, et se pitäis miettiä uusiksi.” (V5)

Hoitoketjun porrastamista vaikeuttaa kuitenkin yksikön epäselvä rooli. Yksikkö on toisaalta löytänyt oman paikkansa, mutta roolia suhteessa muihin tulee vielä selkiyttää ja muokata. Rooli ei ole silti ratkaiseva erikoissairaanhoidon ja avohoidon hoitaessa vaikeimmat potilaat. Rooli on myös ympäristön mielikuvia haasteellisin käyttäytyvien potilaiden vuodeosastona. Vaikka rooli on pikkuhiljaa selkenemässä, silti selkiyttämistä vielä on paljon ja keskustelu aiheesta on tärkeää. Yksikön rooliin kaupungin mielenterveyspalvelujen ketjussa liittyy paljon selkiytettäviä asioita, ja rooli on vielä vakiintumaton sekä hioutumaton:

”Toki se on vielä niinkun ehkä hieman hioutumaton se rooli... vaikka täs nyt on menty kaks ja puol vuotta täällä... niin kuitenkin se ei oo vielä ihan... ehkä vielä vakiinnuttanut sitä asemaansa...” (V2)

Erikoissairaanhoidon keskeinen yhteistyökumppani ja siitä vielä erityisesti psykiatrian osastot sekä yöaikainen päivystys. Oma terveyskeskus toimintoineen on samoin tärkeä yhteistyökumppani ja yhteistyötä on erityisesti päivystyksen sekä muiden vuodeosastojen kanssa. Yhteistyötä on myös kotihoidon kanssa paljon; kaikki kotihoidon vanhustyön palvelut sekä erityisesti psykiatrinen kotisairaanhoidon ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita. Yhteistyökumppaneita ovat lisäksi kaikki hoitolaitokset, jotka tarjoavat kevyempiä hoitopaikkoja, samoin kuin monen erityyppiset päihde- ja mielenterveysyksiköt. Toiminta tapahtuu verkostossa:

”päihde- ja mielenterveysyksiköiden kans... Aika paljon hyvin monen erityyppisiä yksiköitä. Verkostossahan tässä toimitaan.” (V4)

Kolmas yksikön perustehtävä on tarjota **oikein kohdennettua psykiatrista perussairaanhoidoa**. Erikoissairaanhoido on ensimmäinen hoitopaikka silloin, kun potilas toimitetaan vastentahtoisesti hoitoon. Akuutit psykoosit vaativat erityiset paikat ja erityiset hoidot, eikä niitä voida hoitaa perusterveydenhuollon yksikössä. Erikoissairaanhoidoon kuuluu myös sähköhoitoa tarvitsevat selkeästi psykoottiset potilaat, joilla ei ole muistiongelmia. Perusterveydenhuollon yksikköön kuuluvat ne potilaat, jotka siellä pystytään hoitamaan. Vastentahtoisesta hoidon tasaantumisvaiheen jälkeen potilaita voidaan siirtää aikaisemminkin perusterveydenhuoltoon. Turhaa potilaiden siirtelyä on tarpeen kuitenkin välttää, ja suoraan oikeaan hoitopaikkaan ohjautuminen on keskeistä:

”Siinä vaiheessa vastentahtoisesti kun toimitetaan hoitoon, niin silloinhan se on se psykiatrinen yksikkö eka. Mutta että sieltähän vois... kun se hoito asettuu niin siirtää myös tänne... Siinä on paljon... tehtävää ja aikaisemminkin vois sieltä potilaita... siirtää. Mutta että tietysti se olis järkevää... ettei olis turhaa siirtelyä vaan... sitten suoraan... oikeaan hoitopaikkaan ohjautuu.” (V5)

Esimiesten käsitykset yksikössä hoidettavista potilaista hoidettavista potilaista ovat melko ristiriitaisia. Yksikön perustehtävä eroaa muista osastoista siten, että yksikkö on ainoa jossa hoidetaan muita psyykkisiä sairauksia kuin dementiaa. Vain pieni osa vastauksista käsittelee suoranaisesti potilaiden ikää. Yksikön perustehtävä on sairaalahoidon järjestäminen ikääntyville ja ikääntyneille psykiatrisille potilaille tai psykogeriatrisille potilaille. Perustehtävänä on myös toimia yksikkönä, jossa hoidetaan mielenterveyshäiriöpotilaita. Potilaita on yksikössä lisääntyvästi erilaisista psykiatrisista syistä, esimerkiksi skitsofrenian, depression sekä psykoosin määrättyjen tilojen vuoksi. Psykoottisten potilaiden hoito kuitenkin toteutuu yksikössä vasta tasaantumisvaiheessa:

”Depressiopotilaita ja... psykoottisia potilaita joiden hoito on kuitenkin jo... semmosessa tasaantumisvaiheessa...” (V2)

”Psykogeriatrisia ja psykoosipotilaita.” (V3)

Vastausten mukaan perustehtävä on myös käytösoireisten ja vaikeahoitoisten dementiapotilaiden hoitoa terveystieteiden vuodeosastolla. Käytösoireiden taustalla on mielenterveyden sairauksia, jatkossa jopa enemmän kuin dementiaa. Toisaalta hoidettavia potilaita ovat taas dementiapotilaat, joilla on vahvoja psykiatrisia käytösoireita. Samankaltaisia potilaita hoidetaan erikoissairaanhoidossa. Näkemys on, että näiden potilaiden hoitoon on osaamista ja taitoa myös omassa yksikössä:

”Hoitaa... vaikeahoitoisia... dementiapotilaita joilla on käytöshäiriö plus vielä suuremmassa määrin... jatkossa... psykiatrasta taustaa.” (V5)

”Käytösoireisiä... joilla on mielenterveyden sairaus... taustalla” (V1)

”ehkä... dementiapotilaita joilla on vahvasti semmosia psykiatrisia käytösoireita” (V2)

”Hyvin paljon sielläkin on... dementiaan liittyvää käytöshäiriötä, jonka voitais aivan hyvin... täällä olis osaamista ja taitoa...” (V5)

Potilaita on yksikössä edellä mainittujen ryhmien lisäksi aika monenlaisia ja erilaisista syistä. Koskenalasta muuton jälkeen A-solun potilaiden ikä on nuorentunut, sekä diagnoosit ja lääkitykset ovat muuttuneet. Joskus on myös sellaisia tilanteita että hoito yksikössä jää pysyväksi. Hoidettavia potilasryhmiä ovat lisäksi aivosairauksia sairastavat sekä heidän jatkohoitopaikkojensa arvioinnit. Määritelty diagnoosikaan ei välttämättä rajaa ketä yksikössä hoidetaan, vaan enemmänkin hoitoa rajaa potilaan käyttäytyminen, mielenterveyssairauden tila sekä yksikön resurssit:

”...en näe semmosta että... se diagnoosi rajais sen, että ketä siellä voidaan hoitaa mutta ennemmin sitten se kun se on 12-paikkainen pieni solu... että... ketä siellä pystytään hoitaa... sen mielenterveys-sairauden tilan vuoksi... minkälainen siellä on niinku potilaan käyttäytyminen ja kuinka sitä pystytään hoitaa...” (V4)

Ympäristön merkitys potilaiden hoitoon liittyen tiedostetaan. Yksikkö eroaa ympäristönä varsinkin Huhtalan osastoista sekä tuetun asumispalvelun yksiköistä siten, että kyseessä on suljettu yksikkö. Yksikössä hoidetaan ne potilaat, jotka tarvitsevat nimenomaan ympärivuorokautista hoitoa sekä suljettua tilaa. Suljettu osasto

on monille potilaille turvallinen ympäristö. Mielenterveysyksikön ero muihin yksiköihin on myös pienin koko. Siitä huolimatta yksikössä voi olla yksikön luonteesta johtuen enemmän meteliä kuin toisissa yksiköissä on:

”...osaston luonne on sellainen että täällä voi olla meteliäkin enemmän kuin... jossain toisessa yksikössä on...” (V5)

Henkilöstöresurssien merkitys toimintaan näkyy vastauksissa selkeästi. Hoitavien tahojen erikoistuminen ja saatavuus on parempaa erikoissairaanhoidossa. Tilanne näkyy erityisesti lääkäripalveluissa siten, että psykiatrin palvelut puuttuvat ja osastoja hoitaneiden yleislääkärien avuksi on yritetty saada psykiatria. Myös henkilökunnan määrä tekee potilasvalintoihin rajoitteita. Osastolla tulee hoitaa enemmänkin psykiatrisia potilaita tulevaisuudessa, mutta henkilökuntamäärä ei tue sitä:

”...tällä hetkellä... siellä ei oo niitä niinkun psykiatrisia... niin paljon kun siellä... tulevaisuudes ehkä pitäis olla, että kyllä henkilökunnan määrä tekee tiettyjä rajoitteita...” (V5)

8.1.3 Yksikön tulevaisuuden visio

Potilaslähtöisen psykiatrisen perussairaanhoidon tulevaisuutta kuvaa **verkostoitua sairaalayksikkö**. Verkostoituminen on keskeistä tulevaisuudessa kun hoitotyötä kehitetään eikä yhden pienen yksikön kehittäminen ole riittävää. Kehittämistyö on yhteinen asia ja se edellyttää sekä johdon henkilöiden että eri organisaatioiden edustajien osallisuutta. Yhteistyön tulee olla tiivistä kaikkien eri tahojen kanssa. Tulevaisuuden lakiuudistukset mahdollistavat yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa erityisesti erikoislääkäripalveluiden ostamisen osalta:

” ... tietysti sitten ... tulevaisuudessa niin kyllähän se olis sitten tuo psykiatria, erikoissairaanhoidon psykiatria Esimerkiksi nythän on tulossa se terveydenhuoltolaki, ja ... siinä on yhtenä kohtana ... näiden erikoislääkäripalvelujen ... antaminen perustasolle, eli siinä voi olla sellanen klikki esimerkiksi psykiatripalveluille. Vaikka hän oiskin sitten erikoissairaanhoidon ... palveluksessa periaatteessa, mutta että ... ostettais sitä konsultaatiota tänne.” (V5)

Verkostoitumiseen liittyy myös yhteistyömuotojen kehittäminen ja tiivistäminen esimerkiksi palveluasumiseen ja kotisairaanhoidon. Yksikön erikoisosaaminen on sellaista, jota voidaan hyödyntää kaupungin mielenterveyspalveluiden kehittämisessä ja potilaiden hoitoketjujen parantamisessa. Tiedon vieminen sosiaalipuolen laitoksiin keinoista joiden avulla käytösoireisia potilaita voidaan hoitaa, vähentää tarvetta siirtää potilaita sairaalaan. Jotta turhilta siirroilta vältytään, henkilökunnan osaamista voidaan hyödyntää erilaisten ratkaisujen hakemisessa:

”... voidaan ... esimerkiksi viedä tietoa tämmösiin sosiaalipuolen hoitolaitoksiin, jossa ... kuitenkin on myös käytösoireisia potilaita tai asukkaita hoidettavana niin ... parhaimmillaan se olis sitä, että ... ollaan ... asiantuntijoina ja ... potilasta ei tarvis siirtääkään aina välttämättä ... vaan ... konsultoitais ... erilaisten ratkaisujen hakemises ...” (V1)

Lyhyitä hoitajaksoja tarjoamalla voidaan tukea kohtaamista ja päivittäistä selviytymistä siten, että jaksolla tehdyt havainnot viedään hoitolaitoksen henkilökunnalle tiedoksi, ja he ottavat tiedon vastaan innostuneesti. Jatkohoitotaholle annettavaa lupaa soittaa yksikköön ongelmatilanteissa nimettiin arkipäiväisenä osaamisen siirtämisenä ja se toteutuu aktiivisesti jo yksikössä:

”... esimerkiksi kun potilaat siirtyy jatkohoitoon ... on annettu semmoista lupaa soittaa, soittaa eri asioissa ja muissa. Se on semmoista ihan arkista osaamisen siirtämistä siinä sitten kun ... tuttu potilas siirtyy seuraavaan hoitopaikkaan ... aina on niinkun aktiivisesti kehoitettu ottamaan yhteyttä, täällä sitten neuvotaan miten mihinkin ongelmatilanteeseen on yleensä meillä saatu ratkaisu.” (V2)

Yksikön ja sen roolin huomioiminen sekä yksikön mukaan ottaminen hoitoketjujen muodostamisiin ja psykiatrisen hoidon strategioihin on tärkeää tulevaisuudessa. Yhteistyötahojen tietoisuuden lisäämistä pidetään hyvin tärkeänä. Yhteistyötahojen tietoisuus yksiköstä, sen osaamisesta sekä siellä hoidettavista potilaista on keskeistä erityisesti potilaiden näkökulmasta. Tietoisuus on keskeistä, jotta oikeat potilaat ovat oikeissa hoitopaikoissa ja saavat mahdollisimman hyvää hoitoa:

”... olis ... tärkeätä että kaikki muutkin yksiköt ... tietäis sen, esimerkiksi täs ... omas sairaalas, että minkätyylistä osaamista ... on. ... sen tiedon ... lisääminen, jakaminen ... on hyvin ... tärkees roolis. ... Kai-ken ydinajatuksena kulkee se potilas ... koko ajan että ... he saa mahdollisimman hyvää hoitoa ja ... he on oikeis hoitopaikois.” (V1)

”...oikeita potilaita oikeassa paikassa.” (V2)

Visiona on, että yksikkö muuttuu enemmän sairaalatyyppiseen suuntaan ja profiloituu psykiatriseksi osastoksi. Yksiköllä on selkeä rooli kaupunginsairaalan osana, ja yksikön käyttö tulevaisuudessa korvaa paljon erikoissairaanhoidon käyttöä varsinkin geropsykiatrian osalta. Seinäjoen kaupungin mielenterveyspalvelujen suunnitelma on selkeä, joskin se vaatii paljon hiomista. Yksikön rooli on siinä aika keskeinen tulevaisuudessa:

”Ja musta tässä on niinku ihan selkee tämä mielenterveyspalvelujen suunnitelma Seinäjoella, niin siinä on hyvin paljon mun mielestä hiomista. Ja tää ... aahan ... tulis olemaan siinä, mun näkemyksen mukaan niin, aika keskeinen...” (V5)

Jatkohoitopaikkojen järjestyminen on edellytys vision toteutumiselle. Pääsy kuntoutus- tai pienkotiin tulee järjestyä potilaiden psyykkisen voinnin tasaantuessa. Toisaalta toiminta- ja kävelykyvyn heikentyessä tulee järjestyä muu laitosmainen hoito, joka ei vaadi suljettuja ovia ja psykiatrasta osaamista:

”... jatkohoitopaikat pitää olla turvattuna. ... jos ... psyykkinen vointi on vakiintunut, niin pitää olla pääsy ... kuntoutuskotiin, pienkotiin. Taas toisaalta sitten jos ... sairausoireiden myötä ... toimintakyky, kävelykyky ja muu alkaa mennä, niin ... joku muu ... laitosmainen hoito joka ei vaadi näitä suljettuja ovia ja muuta psykiatrasta osaamista.” (V2)

Roolia sairaalan osastona voidaan korostaa siten, että potilaat tulevat selkeämmin suoraan osastolle, eivätkä nykyisen käytännön mukaan akuuttiosaston kautta. Yksikön toiminnan toivotaan muuttuvan sairaalamaisempaan suuntaan myös siten, että potilaat eivät jää yksikköön loppuelämäkseen. Ihannevisiona on, että jatkohoitopaikat järjestyvät ja potilaita pystytään ottamaan osastolle sairaalan tapaan. Täl-

lainen toiminta edellyttää pitkäaikaispaikkojen purkamista ja pitkäaikaispotilaiden siirtymistä pois. Tällainen toiminta on suhteessa sairaalan visioon tarjota sairaalahoitoa akuutissa ja puoliakuutissa vaiheessa sekä välttää laitosmaista hoitoa:

”Joo, kyllä mä uskon että hyvinkin. Koska visiohan on mun käsittääkseni se että ... tarjotaan sairaalahoitoa akuutissa ja puoliakuutissa vaiheessa ja pyritään ... välttämään tämmöistä laitosmaista hoitoa. Kyllä se on suhteessa ihan siihen.” (V2)

Potilaslähtöisen psykiatrisen perussairaanhoidon tulevaisuuteen kuuluu myös toimia **sairaalayksikkönä osana kaupunginsairaalaorganisaatiota**. Yksikön kuvattiin toimivan 5-10 vuoden päästä samalla tavalla tai samantyyllisenä. Yksikkö toimii silloin ympärivuorokautisena suljettuna sairaalayksikkönä, jossa annetaan sairaanhoitoa ja kuntoutusta. Kuitenkin epävarmuutta lisäävänä tekijänä ovat organisaatiosta riippumattomat syyt, jotka voivat muuttaa suunniteltua toimintaa. Kaupunginsairaala on osa kaupungin toimijoita, ja organisaatioon liittyviä päätöksiä tehdään muualla. Organisaation toimintaan liittyvät päätökset ovat poliittisia päätöksiä ja niiden ennakoitavuus on vaikeaa:

”Toisaalta ... vaikka nyt ... tämä tilanne on tällä hetkellä, niin on semmoisia ... meistä riippumattomia tekijöitä jotka sitten voi yhtäkkiä muuttaakin sitten suuntaa. ... päätökset meidän toiminnasta on poliittisia päätöksiä joitten ennakoitavuutta on ... tosi vaikea arvella.” (V4)

Osaston luonne ei muutu suuresti organisaation tulevaisuuden muutosten myötä. Vaikka lääkärin vastaanotot ja somatiikan osastot siirtyvät tulevaisuudessa Y-taloon, muutto ei vaikuta yksikön toimintaan ja kehittämiseen, vaan psykiatrisia potilaita hoidetaan edelleen yksikössä. Yhteistyö voi kuitenkin muuttua yhteistyökumppaneiden osalta. Päivystysaikaan lääkäripalveluiden saatavuus vaikeutuu kun lääkäri ei ole fyysisesti vieressä, joten ambulanssiliiikenne lisääntyy. Lääkäripalvelut sekä laboratorio- ja röntgenpalvelut ovat edelleen saatavissa, mutta varsinkin oheispalveluiden saatavuudet hankaloituvat.

Potilaslähtöisen psykiatrisen perussairaanhoidon tulevaisuuteen liittyy lisäksi **potilaan tarpeen mukainen hoitoyksikkö**. Vastaajien käsitysten mukaan tulevaisuudessa yksikössä hoidetaan vähintäänkin samankaltaisia potilaita kuin nyt. Yksikössä on hoidettu oikeita potilaita oikeaan aikaan, joten hyviä hoitotuloksia on saatu oikeanlaisen sairaanhoidon ja kuntoutuksen avulla aiemminkin. Toisaalta nykypotilaisiin verrattuna hoidon laajentuminen enemmän psykoottisesti oireileviin sekä masennuspotilaisiin on mahdollista. Potilaiden tullessa yksikköön ainoastaan fyysisen toimintakyvyn laskun vuoksi, yksikön resurssit eivät toteudu parhaalla mahdollisella tavalla:

”... toivon mukaan vähemmän sellasia potilaita joiden ongelma on ihan sen fyysisen toimintakyvyn lasku. Niin että pystyttäis tarkemmin hyödyntämään se ... osaston luonne” (V2)

Tulevaisuudessa suurin osa potilaista on psykogeriatrisia tai psykiatrisia potilaita. Ihanteena on myös, että yksikössä hoidetaan ainoastaan psykiatrisia potilaita. Mikäli tarve tulevaisuudessa on enemmän psykiatrisille potilaille, voidaan yksikössä hoitaa vähemmän dementiapotilaita tai ainoastaan sellaisia dementiapotilaita, joilla esiintyy haasteellisia psykiatrisia käytösoireita:

”Ja jos tarve ... näyttää olevan niinkun tulevaisuudessa ... suurempi ... puhtaasti tämmösille psykiatrisimmille osastoille, niin ehkä se että se olis niinku selkeemmin näitä psykiatrisia potilaita että ei niinkään sitten dementiapotilaita. Muuta kuin näitä mitä mainittiin, että jos on niitä haasteellisia psykiatrisia käytösoireita. Ehkä se ... vois olla semmonen niinku joka olis hyödyllinen.” (V2)

Uusina potilasryhminä nousivat esiin päihdepotilaat sekä aivovammoja saaneet potilaat. Päihde- ja mielenterveysongelmien yhteys tiedostetaan, mutta päihdepalveluiden kehittämissuunta on arvoitus. Ehkä myös aivoverenvuotoihin, aivohalvauksiin sekä muihin neurologisiin sairauksiin liittyvien käytöshäiriöiden hoito on tulevaisuudessa tarpeenmukaista toteuttaa suljetulla osastolla, ja heidät voidaan ottaa suoraan osastolle:

”... suoraan vois ottaa ... nää sellaset aivo...halvauspotilaat, ... aivo-verenvuoto tai ... esimerkiksi ... neurologiset potilaat joille jää tällöinen käytöshäiriö joka ... tarttee suljettuja ovia.” (V5)

Ikään liittyvissä asioissa näkyi selkeästi eriäviä mielipiteitä. Vastaajista osan mukaan hoito yksikössä painottuu tulevaisuudessa selkeästi vanhuksiin ja toisten mukaan raja iän suhteen ei ole tiukka. Lähitulevaisuudessa hoito pysyy iäkkäämmissä ja varsinkin painopiste on eläkeikäisissä, vaikka hoidettavien joukossa on jokunen nuorempikin potilas. Toisten vastausten mukaan yksikön rooli ei ole työikäisten akuutissa psykiatriassa. Toisaalla taas ei 65 vuoden ikää pidetty suoraan rajana, vaan raja oli häilyvä. Lisäksi vastattiin, että vaikka tiukkaa ikähaarukkaa ei olisikaan, on hoito suunnattu aikuisille eikä pelkästään vanhuksille. Tulevaisuudessa potilaiden hoidossa saattaa olla mahdollista käydä sähköhoidossa keskussairaalassa suoraan yksiköstä käsin. Iv-hoitoja eli suonensisäisiä lääkitysten toteuttamista yksikössä arveltiin, ja osaamista satsattaisiin mieluummin mielenterveyspotilaiden elämänlaadun parantamiseen, jatkohoitopaikkojen arviointiin sekä perhehoitotyön kehittämiseen:

”Ehkä ... en mitään iv-hoitoja toteuttaisi ... enemmän ... satsaisisin ... mielenterveyspotilaiden elämänlaadun lisäämiseen ja jatkohoitopaikkojen arviointiin ... ja ... omaisten opastamiseen et miten ... tukee sitä läheistensä.” (V1)

8.2 Ammattitaito ideaalin psykiatrisen perussairaanhoidon mahdollistajana

8.2.1 Henkilöstön osaamisvaatimukset

Mielenterveyspotilaiden hoito yksikössä edellyttää **moniulotteista osaamista**. Esimiesten käsitysten mukaan henkilöstöltä odotetaan laaja-alaista osaamista. Henkilöstön tulee kyetä hoitamaan sekä fyysiset oireet että mielenterveyden häiriöt. Potilaat vaativat enemmän sekä hoivaa että hoidollista asiantuntemusta alentuneen toimintakykynsä tai vaikea-asteisemmän psyykkisen sairautensa vuoksi. Myös tietotekniikan hallintaa tarvitaan varsinkin näinä aikoina kun sähköinen kirjaamista korostetaan. Yksikössä korostuu sekä lääketiede että hoitotiede. Potilailla

on vaikeahoitoisia lääkityksiä ja vaativia käytösoireita, jolloin hoito edellyttää ympärivuorokautista ammattimaista osaamista. Hoitotiede korostuu yksikössä siinä mielessä, että henkilökunnalla on ammattitaitoa hoitaa potilaita lääkkeettömästi:

”Täällä korostuu lääketiede. ... Kyllä täs mun mielestä korostuu siis se hoitotiede myös. Siis siinä mielessä että ... henkilökunta osaa käsitellä, niinku lainausmerkeis, niin myös lääkkeettömästi erillä lailla näitä potilaita.” (V5)

Vastausten mukaan henkilöstöllä tulee olla perustietoa ikäihmisten somaattisista sairauksista ja erityisominaisuuksista sekä lääkityksistä ja lääkkeistä. Fyysisten sairauksien kohdalla on tärkeää hyvä perushoito ja hyvä sairaanhoito. Perushoidon hallinnassa hoitajalta vaaditaan taitavuutta niin, että hän kykenee toteuttamaan sitä erilaisissa tilanteissa. Siten perushoitoon liittyy läheisesti myös vuorovaikuttaminen ja kohtaaminen:

”...taitavuutta siihen perushoitoonkin niin että ... saa tehtyä ne tilanteet ... No ehkä se on ... enemmän sitä kohtaamista ja vuorovaikutamista ... Mut kuitenkin ... toisaalta perushoito pitää olla niin vahvasti mielessä että ... pystyy ... tekemään siitä erilaisia variaatioita niistä tilanteista...” (V1)

Hoitajilta vaaditaan psykiatrian erikoisalan osaamista. Se tarkoittaa tietoa psykiatrisista sairauksista ja niihin suhtautumisesta, hyvää psykiatrasta hoitotyötä, mielen-terveyspotilaan hoidon ymmärrystä sekä tukea-antavaa, terapeutista asennetta ja hoito-otetta:

”... kohtaamista ... ja sitten tämmöistä niinku supportiivista terapeutista ... asennetta.” (V2)

Tärkein hoitajiin liittyvä osaamisvaatimus on lääkkeettömän hoidon hallinta. Se tarkoittaa potilaiden käsittelyä siten, että potilaan saa rauhoittumaan hoitotieteellisin keinoin ilman sitomista tai lääkehoitoa. Tätä osaamista kuvataan myös kohtaamisosaamisena, pehmeinä tai lääkkeettöminä hoitotyön keinoina tai hoidollisena kohtaamisena. Tämä on keskeistä puhuttaessa paitsi mielenterveysyksiköstä,

myös koko Myllypuistosairaalasta. Sairaalan rooli on hoitaa potilaita, jotka eivät enää muualla selviä ja joita ei muilla keinoin kyetä hoitamaan:

”Suurin ... mitä pitää olla, niin osata siis käsitellä, siis tällänen lääkkeetön hoito. Miten osaa ... käsitellä niitä potilaita ettei aina tarvi ... sitoa tai ... saada siis hoitotieteellisin keinoin ihan rauhoittumaan ... Sehän on mun mielestä se iso rooli nimenomaan täällä neljä aalla, ja tietysti koko ... Myllypuistossa eli ... tännehän tulee ne potilaat kaiken kaikkiaan jotka ei enää muualla selviä sitten. Ei pystytä näillä muilla keinoin hoitaa niitä. Lääkkeettömät hoitokeinot.” (V5)

Hoitohenkilökunnan työtavat on hiottu erilaisiksi hoidettavista potilaista johtuen. Hoidollinen kohtaaminen vaatii korkeaa ammattitaitoa kun eristyshoitoja ei ole, ja lääkehoitoon ei kovin nopeasti turvauduta. Hoitohenkilökunta on erikoistunut käytösoireisten potilaiden hoitoon ja erilaisten vaihtoehtojen näkeminen on tärkeää. Mielenterveysyksikössä hoitajilta vaaditaan potilasmateriaalista johtuen ihan erilaista lähestymistä potilaita kohtaan verrattuna muihin osastoihin:

”Lähestyminen on ihan erilaista kun mitä sitten ... näillä muilla osastoilla, että joka osastolla on erityylinen potilasmateriaali...” (V4)

”Kohtaamista. ... pitää osata ”viedä” potilasta oikein...” (V5)

Mielenterveysyksikkö eroaa muista hoitavista tahoista siten, että siellä hoidetaan potilaita jotka eivät enää muualla pärjää. Yksikköön ohjataan potilaita silloin kun muut keinot eivät enää riitä:

”... Sehän eroaa siinä että muualla ei enää ... pärjää ... on sillälailla vaikeahoitoisia lääkityksiä, vaativia käytöshäiriöisiä ja ... vaatii ympärivuorokautista ammattimaista osaamista. Niinhän se on ... et silloin kun ... muut keinot ei ... enään riitä ... niin, sitten on ... ohjattu tuonne neljä aalle.” (V5)

Lisäksi yhteistyö omaisten kanssa vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja, joita voidaan kuvata myös perhehoitotyötaitoina. Myös henkilökohtaisilla piirteillä on merkitystä. Työntekijällä tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot, vilpitöntä uteliaisuutta potilasta

kohtaan sekä hyvin kehittynyt sietokyky. Työntekijällä tulee olla kykyä ymmärtää, että potilaan oireet johtuvat sairaudesta.

Mielenterveyspotilaiden hoito yksikössä edellyttää myös **yksilöllistä osaamista**. Yksikön ammattiryhmissä on peruskoulutukseltaan todella osaavia lähi- ja perushoitajia, joiden ammattitaitoa tukee päihde- tai mielenterveystyön opinnot tai mielenterveyshoitajan tutkinto. Henkilökunnan yksilöllinen, kokemusperäinen ja hiljainen tieto auttavat työskentelemään yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti erilaisissa tilanteissa. Hoitajien tulee ymmärtää tilanteet ja toimia yksilöllisesti niissä eikä tukeutua ainoastaan oppikirjoihin:

”... yksilöllisyys. Asiakaslähtöisyys. Ei kaikkien kohdalla voi toimia samalla tavalla, vaikka joku oppikirja sanois mitä niin jokaisen pitää ... vainuta ja ymmärtää se tilanne.” (V4)

Psykiatrisen sairaanhoidon kokemusperäinen ja hiljainen tieto ovat osaltaan muokanneet yksikön sellaiseksi kuin se nyt on. Henkilökunnalla on halua ja kiinnostusta kehittää itseänsä mielenterveystyöhön ja kiinnostus on myös tuonut yksikköön henkilökuntaa. Yhteisesti sovitut kehittämistarpeet vievät osaltaan asioita eteenpäin. Yksikössä on osaavaa ja motivoitunutta henkilökuntaa, jolla on hyvin terävä huomioimiskyky. Henkilöstössä on silti yksilöllisiä kehittymis- ja kehittämistarpeita. Arkista ja yksilöllistä osaamista on myös vaikeaa arvioida, koska yhteistä työskentelyä on vähän. Näin ollen osaamisesta ei ollut tietoa. Osaamisen tasoa kuvattiin myös hyvänä tuntumana:

”Mä en tietenkään pysty arvioimaan kenenkään semmoisen osaamista kenen kanssa mä en niinkun työskentele elikkä ... mulla ei oo siitä ... tietoa ... hirveän vaikea sanoa siitä ... yksilöllisestä osaamisesta ... kyllä semmonen tuntuma on... että on... motivoitunutta henkilökuntaa ja osaamista... toki löytyy. Ja semmosta... hyvin terävää huomioimista monella lailla.. Mutta... tosiaan en mä sitä arkea näe sillä lailla että voisin tarkemmin sanoa.. Mutta ihan hyvä tuntuma mulla on. ” (V2)

Lisäksi mielenterveyspotilaiden hoito yksikössä edellyttää **tulevaisuuteen suuntautuvaa osaamista**. Erityisosaaminen on samanlaisen osaamisen vaatimusta

kuin nytkin. Lisää tietoa edellytetään psykiatrisista sairauksista ja niiden hoidosta. Erityishuomiota on tarpeen kiinnittää depressioon, joka usein jää vanhusten osalta vähäiselle huomiolle. Myös somaattisista sairauksista sekä vanhenemiseen liittyvistä asioista tarvitaan lisää tietoa, samoin kuin kouluttautumista käytöshäiriöiden ja alzheimerpotilaiden hoitoon. Jatkuvana suurena haasteena on myös sähköinen kirjaaminen. Lääkehoidosta vaaditaan jatkuvasti lisää tietoa, kun lääkeosaaminen on varmistettava 2-5 vuoden välein. Lääkehoidon tietäminen ja seuranta korostuu hoitajilla lääkärin vastatessa lääkehoidosta. Lisäksi potilaiden hoitoon liittyvän ajankohtaisen tiedon ylläpitäminen ja opettelu on suuri tehtävä moninaisten diagnoosien ja erilaisten sairauksien myötä.

Tulevaisuuden visioon vaikuttaa läheisesti hoitavaan henkilöstöön liittyvät asiat, ja erityisesti lääkäripalvelujen merkitys korostuu yksikön toiminnassa. Kysymykset, miten paljon lääkäripanosta saadaan yksikköön ja saadaanko psykiatrian erikoislääkärin palveluja yksikköön, vaikuttavat suoraan yksikön toiminnan kehittymiseen:

”Paljon vaikuttaa siihen ... mihin se muuntuu niin on varmastikin nyt ainakin lääkäripalvelut. Minkälaiset lääkäripalvelut siellä pystytään tarjoamaan? Onko siellä mahdollisuus psykiatrian konsultaatioon? ... Minkä verran sinne saadaan lääkäripanosta? Niin sillä on suuri merkitys siihen että ... toiminta mihin suuntaan se kehittyy.” (V4)

Mahdolliset uudet palvelut, esimerkiksi päihdepalvelut, ovat myös suoraan sidoksissa lääkäritilanteeseen sekä hoitajaresurssointiin. Yksikön tulisi ottaa myös selkeästi enemmän psykiatrisia potilaita, mutta se edellyttää muutoksia sekä henkilökunnassa, lääkärin kiertomäärissä että psykiatrian erikoislääkärin palveluissa:

”...se pitäis olla, ihan selkeesti enemmän ottaa ... psykiatrisia potilaita. Mut sehän tietysti edellyttää jotain muutoksia täällä ... henkilökunnassa ja lääkärin kiertomäärissä ... Psykiatrasta konsultaatiota varmaan ... on mahdollista saada sitten jos ei oo ... omilla lääkäreillä. Sitä pitäis käyttää ... enempi.” (V5)

Osaaminen ja sen kehittäminen ovat keskeisiä tekijöitä puhuttaessa tulevaisuuden toiminnasta. Henkilökunnan osaamista pystytään kohdentamaan paremmin, mikäli

kaikki potilaat ovat mielenterveyspotilaita. Tällä hetkellä vaaditaan kaikenlaista osaamista. Tulevaisuuden visioon pääsy vaatii hoitohenkilökuntarakenteen tarkastamista sekä resurssoinnin miettimistä ja saamista:

”Henkilökunnan rakennetta ... sitähan on pakko lisätä tai muuttaa tai arvioida uudelleen. Että se ei varmaankaan tuu oleen ... tällänen.” (V5)

”Kyllä se vaatii resurssoinnin miettimistä ja saamista.” (V4)

Yksikkö on aika haastava kokonaisuus ja sen vuoksi hyvä tiimityö ja yhteistyö ovat keskeistä. Osaaminen on parhaimmillaan päivittäistä yhteistyötä ja moniammatillisuutta henkilöstön ja lääkärin kesken. Moniammatillisuuden ja osaamisen on tarpeellista laajeta myös esimerkiksi fysioterapian, toimintaterapian sekä puheterapian suuntaan potilasryhmien tarpeen (esimerkiksi aivovammat) mukaan:

”Mut siinä pitäis sitten olla se heidän hoidon tavoittaminen, varmaan ois sitte siinä mielessä, et siinä ois sitte ... fysioterapeutti, ehkä puhe-terapeutti, toimintaterapeutti ... mukana ... tos alkuvaiheesta jo.” (V5)

Tärkeää on, että Myllypuistosairaalan oma lääkäri on pysyvä sekä erikoistunut geriatriaan. Osaamisen vahvistaminen on kuitenkin tarpeellista psykiatrian erikoislääkärin palveluiden osalta. Psykiatrian erikoislääkärin palvelut ovat tärkeitä varsinkin konsultaatiomielessä, ja yhteistyö tukee yksikön lääketieteellistä osaamista. Myös psykiatrisia sairaanhoitajia tarvitaan lisää:

”Varmaan siinä ... sairaanhoitajaosaamista vaaditaan ja ... nimenomaan sitten tota tähän psykiatriseen, psykiatrista sairaanhoitajia varmaan lisäämistä.” (V5)

Osaamisen kehittäminen tapahtuu työn rinnalla siten, että toimiviin asioihin panostetaan ja toimimattomia asioita vähennetään. Osaamisen kehittämistä tuetaan erityisesti koulutuksin, jotka kohdennetaan koko työyhteisöön, eikä yhden ihmisen lähteminen koulutuksiin tue niinkään osaamista. Tärkeää on koulutusten suunnitelmallisuus, tarpeenmukaisuus sekä aihekokonaisuuksien pohdinta työyhteisön tarpeista käsin. Koko työyhteisön osallistuminen sekä aiheen pohdinta käytännön

kautta, ovat tarpeellisempaa kuin yleisluontoiset koulutukset. Asiakokonaisuuksien laajuutta ja painopistettä painotetaan eri lailla ammattiryhmistä riippuen:

”... se on semmonen suunnitelmallinen ... yksikön koulutus. Että mietitään mitä aihekokonaisuuksia ja asiakokonaisuuksia ... olis syytä läpikäydä... Koko henkilöstölle. Tietenkin aina vähän riippuen sitten ... ammattiryhmästä niin ehkä laajuus ja painopiste on erilainen.” (V2)

Tutustumiskäynnit ja työssä oppiminen ovat myös keskeisiä osaamisen kehittämisen menetelmiä. Tutustumiskäyntien tekeminen puolin ja toisin lisää tietoisuutta kaupungin muista hoitolaitoksista. Työnkierto ei sovellu oikein hyvin tähän yksikköön ja osaamista voidaan lisätä ennemminkin vierellä oppimisen ja perehdyttämisen avulla. Osaamisen jakaminen on helpompaa, jos muista hoitolaitoksista tul- laan yksikköön oppimaan ja perehtymään. Osaamista voidaan myös saada yksikköön vierellä ja työssä oppimalla. Työnantaja tukee henkilöstön työssä oppimista siten, että se maksaa palkan ajalta jolloin mennään esimerkiksi erikoissairaanhoidon perehtymään, tutustumaan ja oppimaan. Tämänkaltaisen koulutusmahdollisuuden avulla vältetään isoja siirtoratkaisuja, ja usean päivän perehtymisellä saadaan aivan erilaista tietoa kuin pelkällä tutustumiskäynnillä:

”... on esimerkiksi ...tällänen ... koulutusmahdollisuus olemassa ... työnantaja maksaa palkan ja ... voi mennä esimerkiksi tonne erikoissairaanhoidon ... johonkin yksikköön perehtymään ... Että ei tarttis ... lähteä sitten mihinkään ... tehdä mitään isoja siirtoratkaisuja vaan vois käydä ... tutustumassa ja ... vaikka nyt viideksikin päiväksi mennä johonkin ... niin se on aivan eri kuin siellä ... käydä vaan.. ” (V5)

Esimiestyö tukee osaamisen kehittämistä, ja tiivis yhteistyö toisaalta johdon, mutta myös henkilöstön kanssa on tärkeä lähtökohta esimiestyölle. Esimiestyön tehtävänä on hoitajien jaksamisen pohdinta ja tukeminen erilaisin keinoin kuten työnohja- uksen, hoitotiimien, osastokokousten, kehittämistehtävien sekä rekrytoinnin avulla:

”... hoitajien jaksamisen tukemista ... pitää ... miettiä. Et onko ne kei- not sitte työnohjaus, ... hoitotiimit tai.. mitä se nyt sitten vois olla ... semmosta mikä ... palvelis ... myös sitä hoitajien jaksamista.” (V1)

”Esimies ei yksin voi tehdä asioita, se tarvii koko henkilöstön osaami- sen.” (V1)

9 POHDINTAA

9.1 Kehittämistyön lähestymistapa ja aineiston keruu

Tämän opinnäytetyön aineiston keruuta on pohdittu paljon pitkin opinnäytetyöprosessia. Alun perin aineistonkeruu oli tarkoitus kerätä focusryhmähaastattelulla, mutta käytännön ongelmien, focusryhmähaastattelun heikkouksien sekä aineiston luotettavuuden ja kattavuuden turvaamiseksi tämä vaihtoehto poissuljettiin. Aineiston analyysin vaikeuksien, esimerkiksi äänityksen ongelmien, vaikutusta haluttiin minimoida, sillä aineiston luotettavuus on keskeistä kun aihetta ei ole tutkittu enemmin. Teoriassa myös kuvattiin focusryhmähaastattelun vaativan puheenjohtajalta paljon kokemusta ja taitoa, jotta saatava tieto olisi kattavaa, luotettavaa ja jokaisen mielipide tulisi huomioitua ja varmistettua. Tähän opinnäytetyön tekijä ei kokenut kykenevänsä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 62-63; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 210-211.) Samoin toimintatutkimusta pohdittiin ja kokeiltiinkin henkilöstön kehittämisiltapäivän merkeissä, mutta sen ei nähty palvelevan opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitteita. Toimintatutkimus olisi vaatinut onnistuakseen laaja-alaista sitoutumista, yhteistoimintaa sekä toimintaympäristön huomiointia. Näillä resursseilla ja ajalla sen ei nähty olevan mahdollista. (Heikkinen 2007, 16-19.)

Aineiston keruuseen liittyvien pohdintojen jälkeen päädyttiin yksilöhaastatteluihin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, sillä haluttiin saada kaikilta haastateltavilta tarkkaa tietoa vain tietyistä, mutta myös yhdenmukaisesti samoista asioista. Aineistosta tiedettiin tulevan laajan, joten aiheiden rajaaminen puolistrukturoidulla lomakkeella nähtiin keskeisenä verrattuna esimerkiksi strukturoimattomaan haastatteluun. Lomakkeen teemat onnistuivat hyvin, ja kysymykset olivat kattavia ja antoivat moniulotteisia vastauksia. Haastattelemalla aineisto saatiin varmemmin ja laajemmin kuin mitä lomakekyselyllä olisi oletettavasti saatu. Tässä työssä oli helppo päätyä induktiiviseen päättelyyn kun aiempia teorioita ei aiheesta ole.

Vaikka tässä työssä oli neljä teemaa, ei niiden hyödyntämistä teoreettisesti voitu ajatella kun tarkoitus oli saada fenomenografisesti laajasti erilaisia käsityksiä.

9.2 Tulokset

Tämän opinnäytetyön tuloksia tarkastellessa voidaan huomata päätulosten määrän jääneen kahteen neljästä kehittämiskysymyksestä huolimatta. Arvot, perusteltävä sekä visio nivoutuivat yhteen toiminnan kuvauksen näkökulmasta (ideaali arvo- ja visiolähtöinen psykiatrinen perussairaanhoido) ja osaaminen nousi omaksi tuloksekseen (ammattitaito ideaalin psykiatrisen perussairaanhoidon mahdollistajana). Verrattuna Huotarín (2009) tuloksiin osaamisen strategisesta johtamisesta voidaan sanoa, että strateginen johtaminen sekä osaamisen johtaminen eivät ole nivoutuneet toisiinsa vaan kulkevat rinta rinnan organisaation johtamisessa. Molempien osa-alueiden määrittämisen ja kuvaamisen voidaan olettaa tukevan niiden toisiinsa nivoutumista ja hyödyntämistä toiminnan kehittämisessä.

9.2.1 Toimintaa ohjaavat arvot

Esimiehen käsitykset sekä omaa työtään että yksikön toimintaa ohjaavista arvoista, voitiin jakaa kunnioittamiseen sekä hyvään ammattitaitoon. Esimiesten käsitykset yksikön toimintaa ohjaavista arvoista olivat melko vähäisiä ja perustuivat muisteluun, arveluun tai asioihin törmäämiseen. Tämän vuoksi toimintaa ohjaavat arvot ja kuvataan suosituksina. Kuitenkin verrattuna Lehtosen (2009, 12-13) artikkelin kuvaukseen myös tässä opinnäytetyössä tuli esiin arvojohtamisen elementtejä. Arvojohtamista kuvasi tuloksissa tietoinen pyrkimys arvojen yhteiseen määrittelyyn sekä niihin sitoutumiseen. Myös arvojen toteutumisen seuranta pidettiin tärkeänä ja siihen pyrittiin sekä kannustettiin aktiivisesti myös arkisten keskustelujen lomassa. Arvokeskustelujen käyminen yhteisöllisesti tuottaa sosiaalisia vaikutuksia eli sitoutumista, yhteenkuuluvuutta sekä ohjaa yhteisesti hyvää, tavoiteltavaa ja hyväksyttävää toimintaa kohti.

9.2.2 Yksikön perustehtävä sekä psykiatrisen perussairaanhoidon tulevaisuus

Perussairaanhoidoa sairaalassa kuvataan lähes yhdenmukaiseksi Kansanterveyslain (1972) kanssa. Perusterveydenhuollon tehtävä on vastaajille selkeä ja sairaalahoidon on lääkärin johtamaa yleislääketieteellistä potilaiden lyhytaikaishoitoa sekä tilanteiden tasapainottamista. Toisaalta visionäärinen ”psykiatrisen perussairaanhoidon tulevaisuus” osoittaa, että yksikön ideaali toiminta sairaalaosastona edellyttää pitkäaikaispaikkojen purkamista ja potilaiden tarpeiden mukaisten jatko-hoitopaikkojen järjestymistä sairaalahoidon jälkeen. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen avohoidon ja laitoshoidon määrittelemisen perusteista (2002) sekä Kansanterveyslain (1972) ei voida nähdä toteutuvan, mikäli sairaalayksikössä hoidetaan potilaita, joiden hoito ei edellytä laitoshoidon sairaalassa. Potilaiden hoidosta joko avohoidossa tukitoimien turvin, terveyskeskuksen sairaansijalla tai siirrosta toiseen laitokseen vastaa terveyskeskuksen vastaava lääkäri arvioiden potilaiden tarkoituksenmukaisimman hoidon (L 28.12.1972/66) ja kuntien lakisääteisenä velvollisuutena on järjestää määrärahojensa puitteissa kuntalaisille riittävät sosiaali- (L 17.9.1982/710) ja terveystalvet (L 28.12.1972/66).

Kuntien tarpeenmukaisten ja oikein kohdennettujen mielenterveyspalvelujen järjestäminen yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja alueen toimijoiden kesken on kirjattu Mielenterveyslakiin (L 14.12.1990/1116). Samoin Mielenterveys- ja päihdepalvelujen suunnitelma Mieli 2009-raportti suosittaa palveluista maksavia kuntia koordinoimaan palvelukokonaisuudet sekä tehostamaan perus- ja avopalveluja lisäämällä ja monipuolistamalla mielenterveys- ja päihdepalveluja (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 14-15). Seinäjoen kaupungin mielenterveys- ja päihdestrategian tavoitteet ovat muun muassa kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelurakenteen kartoittaminen sekä yhteistyökäytäntöjen selkiyttäminen (Arjen hallinta-turvallinen arki 2009, 4).

Perusterveydenhuollon rooli **hoitoketjun osana** oli vastaajille selkeä perustehtävä, mutta muun muassa yksikön roolin epäselvyys ja hioutumattomuus heikensi hoitoketjun toimivuutta. Erikoissairaanhoidtoa kuvattiin käytettävän mielenterveysongelmien sairaalatarpeessa perinteenomaisesti, joten hoitoketjun muokkaaminen nähtiin ajankohtaisena. Tuloksissa kuvattiin myös, että yksittäisten yksikköjen kehittämistyö ei riitä, vaan hoitotyön kehittäminen vaatii verkostoitumista, yhteistyötä sekä johdon sitoutumista kehittämistyöhön. Roolin epäselvyyteen sekä yhteistyötahojen tiedottamiseen yksikön roolista ja perustehtävästä panostamista korostettiin vastauksissa. Uudenlaisten konsultaatiomuotojen kehittämisessä sekä lyhytaikaisjaksojen tarjoamisessa nähtiin olevan mahdollisuudet osaamisen jakamiseen ja kehittämiseen kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen toimijoiden kesken. Näillä menetelmillä potilaiden hoito voitaisiin tulevaisuudessa toteuttaa tarpeenmukaisimmassa hoitopaikassa ilman turhia tai pysyviä siirtoja. Palveluiden kehittämiseen liittyvät tulokset konsultaatiotoiminnan kehittämisen osalta ovat yhteneviä Leppäsen ja Puupposen (2009) hoitotyön asiantuntijuuden määrittelyn kanssa.

Hoito yksikössä tulee olla **oikein kohdennettua psykiatrasta perussairaanhoidtoa**. Vastaajat kuvasivat perussairaanhoidon potilaiden olevan hyvin samankaltaisia kuin Hyvösen (2004) tutkimuksen tuloksissa. Perusterveydenhuollon tehtävä potilaiden lievien mielenterveyden häiriöiden, sairaalahoidon jälkeisen jatkohoidon sekä pitkäaikaisten psykiatrinen häiriöiden hoidon ja seurannan vastuuhoitotahona kuvattiin myös tämän opinnäytetyön tuloksina. Erot erikoissairaanhoidon potilaisiin kuvattiin tarkasti rajaamalla akuuttihoitoa tarvitsevat potilaat pois. Kuitenkin vastauksissa esiintyi jonkin verran eriäviä mielipiteitä yksikössä hoidettavien potilaiden määrittelyssä. Esimerkiksi ikään liittyvät kysymykset jäivät tuloksissa epäselviksi toisten nähdessä hoidon kohdentuvan vanhuksiin ja toisten taas myös aikuisväestöön. Myös dementiaan liittyvät käytöshäiriöt jakoivat vastauksia. Toisten vastaajien mielestä niiden hoitaminen on yksikön perustehtävä, kun taas toisten mielestä yksikössä tulisi hoitaa puhtaasti psykiatrisia potilaita.

Kuitenkaan mitkään tutkimukset tai suositukset eivät tue dementiapotilaiden ja psykiatristen potilaiden hoitamista samassa ympäristössä. Dementiapotilaiden hoitoympäristön tulisi olla muun muassa selkeä, kodinomainen, turvallisuutta, sosiaalisuutta ja orientaatiota lisäävä sekä aisteja stimuloiva (Verma 2008, 10, 14, 17, 19-21; Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 39, 41-43). Yksikön luonteen kuvattiin olevan sellainen, että meteliä on enemmän kuin toisissa yksiköissä. Tämän voidaan olettaa johtuvan potilaiden levottomasta psykiatrisesta oirehinnasta.

Psykiatrisen perussairaanhoidon tulevaisuus nähtiin kolmikantaisena: toimia **sairaalayksikkönä osana kaupunginsairaalaorganisaatiota**, olla **verkostoituva sairaalayksikkö** sekä olla **potilaan tarpeen mukainen sairaalayksikkö**. Visio nähtiin yhtenäisenä sairaalan vision kanssa, ja yksikön rooli Seinäjoen kaupungin mielenterveysstrategiassa nähtiin keskeisenä tulevaisuudessa. Yksikön mahdollisuudet korvata erikoissairaanhoidon käyttöä erityisesti geropsykiatrian osalta nähtiin olevan olemassa. Yksikön ympäristön merkitys potilaille tiedostettiin, mutta riittämättömät henkilöstöresurssit heikensivät mahdollisuuksia hyödyntää yksikön käyttöä paremmin ja vastaanottaa enemmän psykiatrisia potilaita.

Yhteenvetona ideaalista arvo- ja visiolähtöisestä psykiatrisesta perussairaanhoidosta voidaan sanoa että tämän opinnäytetyön tuloksina kyettiin määrittämään esimiesten käsitykset yksikön arvoista, perustehtävästä sekä visiosta. Jotta näitä tuloksia voidaan hyödyntää arjen johtamisessa, tulee niiden määrittämistä yksikön strategiaksi pohtia yhteistyössä. Kuitenkin jotta yksittäinen kaupunginsairaalan mielenterveysyksikkö kykenisi toimimaan vaikuttavasti, potilaslähtöisesti ja taloudellisesti, tulisi sen strategiset lähtökohdat sekä rooli määrittää lisäksi osana omaa organisaatiotaan sekä toisaalta myös koko kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluita. Myös resurssien pohtiminen, erityisesti hoitavan henkilökunnan osalta, on tärkeää palveluiden kehittämisen kannalta. Hoitoa tarvitsevien potilaiden koko hoitoketjun tulisi olla toimiva, tarpeenmukainen sekä erilaisia palveluja tarjoava, jotta kaupunki kykenisi tarjoamaan laadukkaita palveluita kasvavalle väestölleen. Tähän laajaan työhön vaaditaan kaikkien toimijoiden osallisuutta ja yhteistyötä.

9.1.3 Ammattitaito ideaalin psykiatrisen perussairaanhoidon mahdollistajana

Moniulotteinen osaaminen. Kuten myös Hyvösen (2004) tutkimustuloksissa, myös tässä opinnäytetyössä perusterveydenhuollon henkilöstöltä vaaditaan laaja-alaista osaamista potilaiden sairauksien ollessa monitahoisia sekä fyysisesti että psyykkisesti. Perusterveydenhuollon tehtävä on Kansanterveyslakiin (1972) kirjattu ja koko kunnan väestöpohjan terveyden- ja sairaanhoidosta vastaaminen on todella vaativa tehtävä ja vaatii osaamista. Sairaalassa on hoidettava kaikki ne potilaat, jotka sairautensa laatu ja toipilasaste huomioiden sitä tarvitsevat eikä valikointia voida tehdä. Tuloksissa kuvattiin nyt ja tulevaisuudessa hoitohenkilökunnalta vaadittavan tietoa sekä fyysisiin että mielenterveyssairauksiin liittyen, tietoa ikääntymisestä ja lääkehoidosta sekä tietotekniikan hallintaa. Sairaalassa hoidettavilla potilailla kuvattiin vaativia lääkityksiä sekä vaikeita käytöshäiriöitä, jotka vaativat ympärivuorokautista ammattimaista osaamista. Toiminnan kehittymisen nähtiin vaativan psykiatrin erikoislääkärin palveluita, joiden hankkimista pohdittiin muun muassa konsultaatiopalveluiden ostamisen avulla. Myös lääkärinkiertojen määrän yleensä kuvattiin vaikuttavan siihen, kuinka palveluita voidaan kehittää ja millaisia potilaita yksikössä voidaan hoitaa. Potilaiden laadukas ja vaikuttava hoito vaativat sekä laadukasta että määrällistä osaamista, mutta myös hyvää yhteistyötä jotta sairaalana toimimisen haasteeseen kyetään yhdessä tuumin vastaamaan.

Yksilöllinen osaaminen. Hyvösen (2004) tutkimuksen mukaan keskeisin mielen-terveyden hoitotyön työkalu on vuorovaikutus. Informatiiviset, supportiiviset sekä kontekstuaaliset vuorovaikutuksen elementit hoitajan toiminnassa ovat perusta mielenterveyden hoitotyölle. Mielenterveyden hoitotyö vaatii silti muitakin työkaluja. Esimerkiksi lääkehoidon toteuttaminen nähdään vuorovaikutusta tukevana tai mahdollistavana työkaluna. Myös tässä työssä tärkein osaamiseen liittyvä tekijä on vuorovaikutus ja lääkkeettömän hoidon hallinta.

Kohtaamisen ja vuorovaikutuksen merkitystä korostavat myös Isola, Backman, Saarnio sekä Paasivaara (2005) artikkelissaan, jossa kuvataan hoitotyön edistyk-

sellisiä toimintoja haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Tutkimus oli osa laajempaa tutkimusprojektia koskien dementoituvien potilaiden haasteellista käyttäytymistä ja fyysisten pakotteiden käyttöä. Tuloksina voitiin kuvata edistyksellisinä hoitotyön keinoina olevan *persoonan käytön* (ihmisenä oleminen, huumori, luovuus), *järkiperäistämisen* (perustelu, vakuuttaminen, ohjaaminen, ympäristön muokkaaminen) sekä *intuitiivisen toiminnan* (ennalta ehkäisy, mukaan meneminen, huomion ohjaaminen muuhun). Dementoituvien potilaiden hoidon ja kohtaamisen nähtiin vaativan läsnäoloa, koskettamista ja katsekontaktia. Järkiperäistämällä tuettiin dementoituvan ihmisyyttä puhumalla asioista kuten aikuiselle nolaamatta dementoituvaa, kun taas huumorin ja luovuuden avulla kyettiin selviytymään monista haastavista tilanteista. Intuitiivisen toiminnan nähtiin olevan vaikeimmin kuvattavaa toimintaa. Sen nähtiin vaativan kokemusta ja tietoa dementiatyöstä sekä potilaan hyvää tuntemista. Intuitiivista toimintaa kuvattiin kahden askeleen etumatkana dementiapotilaasta jotta tilanne ei pääse karkaamaan käsistä. (Isola, Backman, Saarnio & Paasivaara 2005, 145, 148-151.)

Tärkeimpänä hoitajilta vaadittavana osaamisena kuvattiin lääkkeettömän hoidon hallinta. Sitä kuvattiin myös kohtaamisosaamisena, pehmeinä hoitotyön keinoina tai hoidollisena kohtaamisena. Tämän kaltainen osaaminen on keskeistä paitsi mielenterveysyksikössä, myös koko Myllypuistosairaalassa. Myllypuistosairaalan roolina on hoitaa sellaisia potilaita, jotka eivät enää muualla selviä ja joita ei kyetä kuin kohtaamisen avulla enää hoitaa. Osaaminen pohjautuu peruskoulutukseen, mutta työkokemuksen tuoma kokemuseräinen ja hiljainen tieto voi muokata koko yksikön toimintaa ja luoda omanlaistaan kulttuuria hoitoyksikössä. Myös tässä opinnäytetyössä kuvataan potilaiden tuntemisen olevan keskeistä, sillä yksilöllinen ja kokemuseräinen tieto tukee erilaisista tilanteista selviytymistä. Tässä opinnäytetyössä osaamista kuvattiin paljon kollektiivisuuden ja kokemuseräisen tiedon näkökulmasta kun taas yksilöllisestä osaamisesta oli vaihtelevasti tietoa. Tämän nähtiin johtuvan siitä, että yhteistyötä on niin vähän. Näin ollen voidaan sanoa, että yhteisöllinen osaaminen ohjaa yksikön toimintaa enemmän kuin yksilöiden osaaminen.

Tulevaisuuteen suuntautuva osaaminen. Huotarinen (2004, 3) väitöskirjan mukaan osaamisen strateginen johtaminen perustuu tietoisuuteen osaamisesta. Osaamisen tunnistaminen, uusintaminen sekä osaamisen strategiatietoinen johtaminen ovat keinoja vastata osaamisen riittävyyden sekä tarpeenmukaisuuden haasteisiin tulevaisuudessa. Henkilöstö tulee ottaa mukaan strategiatyöskentelyyn ja siten liittää strategia osaksi kaikkien työnkuvaa. Hyrkkään (2009) tutkimuksen mukaan osaamisen johtamisen sitominen organisaation strategiaan vaatii johdon sitoutumista ja osallisuutta. Tässä opinnäytetyössä ei tullut esiin tarkkaa osaamisen johtamiseen strategiaa organisaatiotasolla, vaan kuvaukset osaamisen johtamisen elementeistä pitäytyivät lähinnä yksikötasolla. (Hyrkäs 2009, 161-162.)

Näitä yksikötason osaamisen johtamisen elementtejä voidaan kuvata samankaltaisina kuin Ollilan (2006) tutkimuksessa. Pyrkimys yhteiseen oppimiseen ja kehittymiseen, vastuun jakaminen, yksilöllisen osaamisen tiedostaminen, tiedon ja osaamisen jakaminen, rekrytointi sekä erilaisten konkreettisten menetelmien käyttö ovat esimerkkejä osaamisen johtamisen näkyvyydestä yksikön johtamisessa. Osaamisen kehittämisen suunnitelmallisuus kuvaa strategisuutta, joka on pohja osaamisen strategiselle johtamiselle. Kuitenkaan toteutuvia, strategisuuteen viittaavia suunnitelmia ei haastatteluissa tullut esiin kuin kehityskeskustelujen ja perehdytyksen osalta. Vastauksissa nousi kuitenkin esiin yhteisten kehittämistarpeiden määrittelyn sekä työyhteisöllisen kouluttautumisen visio, joten osaamisen strategisen johtamisen voidaan nähdä olevan kehittymässä.

Johtopäätöksenä ammattitaidosta ideaalin psykiatrisen perussairaanhoidon mahdollistajana todetaan, että tässä opinnäytetyössä tuotettiin tuloksena kuvaus yksikön 4A hoitavan henkilöstön osaamisesta. Verrattuna strategisen ja osaamisen johtamisen teorian tietoon voidaan sanoa että vaikka perusterveydenhuollon henkilöstöltä vaaditaan monenlaista osaamista, kuitenkin on ehkä tarkoituksenmukaisinta keskittää erikoisosaamista huomioiden se, ettei joka yksikössä tarvitse osata kaikkea. Eri osa-alueiden hallinta tulee nähdä vahvuutena, mutta sen ohella keskeistä on asiantuntijuuden tunnistaminen, tunnustaminen, arvostaminen sekä

erikoisosaamisen ylläpito ja vahvistaminen. Tuloksista voidaan päätellä, että yhteisöllinen osaaminen näkyy kauemmas ja yksilöllistä osaamista on melko läheltäkin vaikea arvioida ilman yhteistyötä. Kuitenkaan hiljaisen ja kokemusperäisen tiedon merkitystä ei voi väheksyä, ja sen siirtäminen onkin keskeisessä roolissa tulevaisuudessa. Yksilöllisen osaamisen arviointi ja kehittäminen ovat lähiesimiehen tehtäviä ja hyvänä työkaluna siihen voidaan pitää kehityskeskustelua. Toinen keskeinen teema on henkilöstön työssä jaksaminen haasteellisten potilaiden hoidossa. Tähän tulisi kiinnittää myös huomiota tulevaisuutta ajatellen esimerkiksi työnohjauksen avulla. Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta voidaan sanoa, että työn moniulotteisuus sekä osaamisen vahvuudet ja kollektiivinen laatu huomioiden koulutusresursseja on suositeltavampi suunnata työyhteisölliseen kouluttautumiseen ja oppimiseen kuin yksilöllisiin koulutuksiin.

Osaamisen voidaan nähdä ulottuvan myös potilaaseen saakka. Hoitavien yksiköiden kesken tulee olla enemmän yhteistyötä ja konsultaatiota, jotta potilas sijoitetaan tarpeenmukaisesti ja saa parasta mahdollista hoitoa. Onko potilaan todella tultava aina hoidon luokse vai voisiko esimerkiksi tarvittava osaaminen jalkautua potilaan luokse vastaamaan haasteeseen? Mielestäni näitä osaamiseen liittyviä seikkoja on hyvä pohtia potilaiden sijoittelussa. Ideaali tilanne lienee, että potilaan hoito on heti hoitopolun alusta asti tarpeenmukaista ja vaikuttavaa toteutuen tarpeenmukaisimmassa ympäristössä sen osaamisen alaisuudessa, jota hoito kulloinkin eniten edellyttää.

9.3 Etiikka ja luotettavuus

Eettisiä pohdintoja liittyy tutkimustyössä moniin eri lähtökohtiin. Tässä työssä on pyritty tekemään valinnat eettisesti ja uskottavasti. Aiheen valinnassa kiinnostuneisuus lähti työyhteisön eettisestä pohdinnasta siitä, millaisia potilaita ja miten omassa työyksikössä olisi tarkoituksenmukaista hoitaa. Yksikön pitkä perinne vaikeahoitoisten potilaiden hoitavana tahona tuotti mielenkiintoista keskustelua. ”Tämä potilas on liian hyvä tänne” oli hyvin tyypillinen toteamus työyhteisössäni. Mie-

lestäni työyhteisön pohdinta kuvaa syvää potilaslähtöistä eettistä pohdintaa siitä, mikä on potilaalle parasta. Hoitajat olivat tottuneet hoitamaan tietyn tyyppisiä potilaita ja liian ”helpot” potilaat pyrittiin pikimmiten siirtämään pois, ettei potilas laitostu. Aihe on siis valittu eettisesti katsoen potilaiden näkökulmasta. Työn aiheeseen liittyy kuitenkin myös yksikön kehittymisen visio työntekijän näkökulmasta. Hoitajana saatu tieto onnistumisista ja mahdollisuuksista potilaiden hoidossa antaa motivaatiota nostaa profiilia ja osoittaa, että yksikössä piilee monia mahdollisuuksia. Keskustelut työkavereiden kanssa ovat antaneet osaltaan lähtökohdat tälle työlle.

Eettisiä pohdintoja liittyy myös työn toteuttamiseen. Haastatteluja toteutettaessa toimittiin tutkimusetiikkaa kunnioittaen luottamuksellisesti sekä anonymiteettiä kunnioittaen. Haastateltavien vastauksia ja haastattelunauhoja on käsitellyt ainoastaan opinnäytetyön tekijä. Opinnäytetyön tuloksia ei ole saanut tietoonsa ennen ohjaavan yliopettajan hyväksymistä kukaan muu kuin opinnäytetyön tekijä, ohjaaja sekä työn opponentti. Valmis opinnäytetyö on tarkistettu ja plagiaattomaksi todettu Urkund plagioinninesto-ohjelmalla 17.4.2011. (Mäkinen 2006, 92-95.)

Luotettavuutta heikentää se, ettei tässä opinnäytetyössä haastateltu sosiaali- ja terveyskeskuksen johtajana toimivaa apulaiskaupunginjohtajaa. Tähän päädyttiin kuitenkin koska tahdottiin saada käytännön kokemustietoa yksikön arvoista, perustehtävästä, visiosta sekä osaamisesta. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuitenkin lisätä kartoittamalla myöhemmin apulaiskaupunginjohtajan sekä yhteistyötahojen edustajien käsitykset samoista asioista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 207.) Aineiston analyysin luotettavuutta on pyritty lisäämään aineiston tarkalla analyysillä, analyysin purkamisen kuvauksella, tulosten aukikirjoittamisella sekä liitteenä olevien kaavioiden avulla. Tulosten luotettavuutta on pyritty myös lisäämään teorian monipuolisuudella muun muassa väitöskirjojen, perusteosten, lakien, asetusten ja suositusten muodossa. (Syrjälä ym. 1995, 129-131.)

Luotettavuus fenomenografisessa tutkimuksessa on toisaalta suhteessa vastaajien merkitysten ilmaisuun ja toisaalta teoreettisiin lähtökohtiin. Teoreettisten lähtö-

kohtien pitäminen punaisena lankana, lisää tulosten johdonmukaisuutta. Aineiston aitous suhteessa vastaajien vastauksiin lisää tutkimuksen luotettavuutta. Aineiston tulkinta kuten sitä kuvattiinkin, on suhteessa myös tutkijan subjektiivisuuteen. Subjektiivisuuden tiedostaminen sekä hallinta on keskeistä jotta tulokset kuvaavat sitä mitä vastaajat ovat halunneetkin vastata. (Syrjälä ym. 1995, 129-130.) Analyysivaiheessa tuli selväksi se, että käsityksiä tutkittaessa on hyvin vähän asioita joita voi pelkistää. Jokaisella sanalla on merkityksensä, kuten myös suorista lainauksista voi huomata. Tällaisen aineiston analysointi ja ryhmittely oli erittäin haastavaa myös siitä näkökulmasta että teemoja oli neljä, kun käsityksiä yhdestäkin ainoasta teemasta on useita erilaisia. Kuitenkin johtopäätöksiä voidaan pitää onnistuneina. Niiden luotettavuutta, arvoa ja hyödynnettävyyttä todentaa parhaiten tulevaisuus.

Haasteellisinta kehittämistyön tekemisessä omaan työyhteisöön olikin opiskelijan ja työntekijän roolien erottaminen sekä rooleissa pysyminen. Voin sanoa, että oman työyhteisön kehittäminen on mielenkiintoista, mutta myös haasteellista. Koko prosessi on ollut valtavan antoisa ja opettanut käytännön kehittämistyötä enemmän kuin mitkään kirjat. Tulosten julkistaminen tulee olemaan mielenkiintoista, samoin kuin työn hyödyntämisen ja jatkokehittämisen seuranta koko Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveystalouksissa.

10 TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja koota esimiesten käsitys Seinäjoen kaupunginsairaalan osaston 4A toiminnan arvopohjasta, perustehtävästä, tulevaisuuden visiosta, sekä henkilöstön osaamisesta. Tulokset tukevat yksikön kehittämistyötä, mutta saatava hyöty voidaan nähdä myös laajempänä. Niiden avulla voidaan tuoda yhteistyötahoille tietoa yksiköstä ja tukea siten hoitoketjujen muodostumista. Opinnäytetyö voi toimia myös rekrytoinnin ja perehdytyksen tukena arvioitaessa millaista osaamista yksikössä tarvitaan. Tämän opinnäytetyön toivotaan myös osoittavan, että strategisella johtamisella, verkostoitumisella ja yhteistyöllä sekä uusilla toimintamenetelmillä kaupunki voi tuottaa palveluja tarvitseville kuntalaisille erilaisia tarpeenmukaisia ja laadukkaita palveluja, jotka ovat myös vaikuttavia sekä taloudellisesti kannattavia palveluiden maksajan näkökulmasta.

Voidaan olettaa, että yksikön uusi rooli ja organisaatiossa tapahtuneet muutokset ovat vaikuttaneet siihen, että yksikön mieltäminen osaksi organisaatiota ja sen arvokulttuuria on vielä kesken. Yksikölle on muokkautunut oma kulttuurinsa usean vuoden ajan fyysisesti kaukana hallinnosta ja organisaatiosta, ja arkipäiväinen yhteistyö on alkanut kunnolla vasta organisaation muutosten tasaantumisten jälkeen. Yksikön arvo- ja osaamiskulttuuri tulee nähdä voimavarana kaupunginsairaalan toiminnassa ja nivoa ne tästä lähtökohdasta osaksi kaupunginsairaalakulttuuria.

Sekä henkilöstöressurssien että potilaiden tarpeiden tulee kohdata, jotta hoitoketju on oikein kohdennettu sekä potilaiden laadukkaan ja tarkoituksenmukaisen hoidon että henkilöstön osaamisen johtamisen kannalta. Osaava henkilöstö on keskiössä toiminnan kannalta, sillä vähillä resursseilla toimintaa on vaikeaa kehittää menestyksekkäästi. Psykiatrinen perussairaanhoito tarvitsee sekä tarkoituksenmukaisen ympäristön että riittävästi ja osaavaa hoitavaa henkilöstöä kyetäkseen toimimaan tehokkaasti, potilaslähtöisesti sekä perustehtävänsä mukaisesti.

LÄHTEET

- A 17.12.2002/1241. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus perusteista avohoidon ja laitoshoidon määrittelemiseksi. [WWW-dokumentti]. [Viitattu 9.4.2011]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20021241>
- A 15.5.2003/352. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista. [WWW-dokumentti]. [Viitattu 17.4.2011]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030352>
- Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. 2006. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto. [Viitattu 17.4.2011]. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Saatavana: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>
- Arjen hallinta -turvallinen arki. 2009. [Verkkojulkaisu]. Seinäjoen kaupungin mielenterveys- ja päihdesuunnitelma vuosille 2009-2012. [Viitattu 22.2.2010.] Saatavana: <http://www.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/mielenterveysjapaihdestrategia.pdf>
- Constitution of the World Health Organization, 1948. [WWW-dokumentti]. [Viitattu 16.2.2010]. Maailman terveysjärjestön perustuskirja. Saatavana: http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf
- Heikkinen H. L. T. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. (S. 16-38.) Teoksessa Heikkinen H.L. T., Rovio E. & Syrjälä L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Dark Oy: Vantaa.
- Hirsjärvi S. & Hurme H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Huotari P. 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa. Neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksiä strategisesta osaamisen johtamisesta. [Verkko-

- julkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. Johtamistieteiden laitos. [Viitattu 11.4.2011]. Väitöskirja. Saatavana: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7596-2.pdf>
- Hyrkäs E. 2009. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. [Verkkojulkaisu]. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Kauppatieteiden tiedekunta. [Viitattu 13.4.2011]. Väitöskirja. Saatavana: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/43678/isbn9789522147172.pdf?sequence=1>
- Hyvönen S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveys-työstä. [Verkkojulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. [Viitattu 3.4.2011]. Väitöskirja. Saatavana: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6054-5.pdf>
- Isola A., Backman K., Saarnio R. & Paasivaara L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Artikkel. Hoitotiede 17(3): 145-154.
- Järvinen A. & Karttunen P. 1997. Fenomenografia –käsitusten kirjon kuvaaja. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. (S. 164-173). Juva: WSOY.
- Kamensky M. 2010. Strateginen johtaminen. Menestyksen timantti. Helsinki: Talentum.
- Kaplan R. S. & Norton D.P. 2004. Strategiakartat. Aineettoman pääoman muuttaminen mitattaviksi tuloksiksi. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.
- Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011. 2009. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 11.4.2011]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. Saatavana: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7533.pdf
- Kinnunen J. & Vuori J. 2005. Terveysthuollon johtamiskulttuurin holistinen malli. (S. 192-217.) Teoksessa: Vuori J. (toim.) 2005. Terveys ja johtaminen. Terveysthallintotiede terveysthuollon työyhteisöissä. Helsinki: WSOY.

- L 28.12.1972/66. Kansanterveyslaki. [WWW-dokumentti]. [Viitattu 5.1.2010]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1972/19720066>
- L 17.9.1982/710. Sosiaalihuoltolaki. [WWW-dokumentti]. [Viitattu 12.4.2011]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1982/19820710>
- L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. [WWW-dokumentti]. [Viitattu 4.1.2010]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1990/19901116>
- L 30.12.2010/1326. Terveystieteiden lae. [WWW-dokumentti]. [Viitattu 15.4.2011]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Laaksonen H., Niskanen J., Ollila S. & Risku A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Edita: Helsinki.
- Latvala E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitossympäristössä. [Verkkajulkaisu]. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopistosairaala: psykiatrian poliklinikka. [Viitattu 11.4.2011]. Väitöskirja. Saatavana: <http://herkules oulu.fi/isbn9514250680/isbn9514250680.pdf>
- Lavikainen J., Lahtinen E. & Lehtinen V. (toim.) 2004. Mielenterveys-työ Euroopassa. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 4.1.2010]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Saatavana: <http://pre20090115.stm.fi/pr1097823366926/passthru.pdf>
- Lehtonen T. J. Organisaation osaamisen strateginen hallinta. 2002. [Verkkajulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. [Viitattu 17.4.2011]. Väitöskirja. Saatavana: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5341-7.pdf>
- Lehtonen T. 2009. Arvot ja arvojohtaminen: filosofisia huomautuksia. Artikkel. Hallinnon tutkimus 28 (4), 3-15.
- Leppänen N. & Puupponen A. 2009. Hoitotyön asiantuntija –käsitteen määrittelyä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. [Verkkajulkaisu]. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkimus. Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma. [Viitattu 17.4.2011]. Opinnäytetyö. Saatavana: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4146/leppanen_nina_ja_puupponen_anna.pdf?sequence=1

- Metsämuuronen J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos. Metodologia-sarja 4. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.
- Mielenterveyden edistäminen. 2007. [WWW-artikkeli]. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Julkaistu 7.2.2007. Päivitetty 4.12.2009. [Viitattu 5.1.2010]. Saatavana: <http://groups.stakes.fi/MTR/FI/mtervedistaminen.htm>
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2009. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 22.2.2010]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Saatavana: <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 15.9.2009]. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Saatavana: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf>
- Mieli hyvin Seinäjoella. 2004. Seinäjoen kaupungin mielenterveystyön suunnitelma vuosille 2004-2007. [WWW-dokumentti]. Seinäjoki. [Viitattu 17.2.2010]. Saatavana: http://www.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/asiakaslahtoisien_mielenterveystyon_suunnitelma.html/1962.pdf
- Myllymäki K. 2006. Terveyskeskus 2015 –terveyskeskustöön tulevaisuus. [Verkkajulkaisu]. Helsinki. [Viitattu 11.4.2011]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006: 56. Saatavana: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3619.pdf
- Mäkinen O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerrus Kirjapaino Oy.
- Määttä S. 2000. Tasapainoinen menestysstrategia. Balanced scorecardin tuolla puolen. Helsinki: Infoviestintä.
- Nummenmaa A. R. & Nummenmaa T. 2002. Toisen asteen näkökulma. Teoksessa Julkunen M.-L. (toim.). Opetus, oppiminen, vuorovaikutus. (s. 66-76). Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy.
- Ollila S. 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Joh-

tamisosaaamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana. [Verkkojulkaisu]. Vaasa: Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja terveyshallinto. [Viitattu 10.4.2011]. Väitöskirja. Saatavana: http://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_952-476-129-7.pdf

Osaamisen johtaminen. Kehittämishankkeen loppuraportti. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Valtiovarainministeriö. [Viitattu: 4.1.2010]. Valtiovarainministeriön työryhmämuistioita 6/2001. Saatavana: http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/06_valtion_tyomarkkinalaitos/4064/4065_fi.pdf

Piippo J. 2008. Trust, Autonomy and Safety at Integrated Network- and Familyorientated Model for Co-operation. A Qualitative Study. [Verkkojulkaisu]. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. [Viitattu 11.4.2011]. Väitöskirja. Saatavana: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/20352/9789513936211.pdf?sequence=1>

Rannisto P-H. 2005. Kunnan strateginen johtaminen. [Verkkojulkaisu]. Tutkimus Seinänaapurikuntien strategiaprosessien ominaispiirteistä ja kunnanjohtajista strategisina johtajina. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. [Viitattu 28.3.2011]. Väitöskirja. Saatavana: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6275-0.pdf>

Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen johtosääntö. 2010. [WWW-dokumentti]. Seinäjoki: Seinäjoen kaupunginvaltuuston 25.10.2010 hyväksymä. [Viitattu 16.4.2011]. Saatavana: http://www.seinajoki.fi/hallinto/johtosaanto/sosiaali-ja_terveyskeskuksen_johtosaanto.html

Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen toimintasääntö. 2009. [WWW-dokumentti]. Seinäjoki: Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnan 12.5.2009 hyväksymä. [Viitattu 11.2.2011]. Saatavana: http://www.seinajoki.fi/hallinto/johtosaanto/toimintasaanto/seinajoen_kaupungin_sosiaali-ja_terveyskeskuksen_toimintasaanto.html

Seinäjoen kaupunginvaltuuston kokouspöytäkirja 29.6.2009. [WWW-dokumentti]. Seinäjoki: KTWeb. KuntaToimisto-asiakirjahaku. [Viitattu 15.9.2009]. Seinäjoen kaupungin päätökset. Saatavana: <http://listat.seinajoki.fi/>

Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. 2005. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 13.12.2009]. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2005:7. Saatavana:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3673.pdf&title=Sosiaali_ ja_ terveydenhuollon_ lakisaateiset_ palvelut_ fi.pdf

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja. 2010. [WWW-dokumentti]. Helsinki: Opetushallitus. [Viitattu 17.4.2011]. Ammatillisen perustutkinnon perusteet. Määräys 17/011/2010. Saatavana: http://www.oph.fi/download/124811_SoTe.pdf

Syrjälä L., Ahonen S., Syrjäläinen E. & Saari S. 1995. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma: Kirjapaino West Point Oy.

Tilastokeskus 2001. Tutkimus- ja kehittämistoiminta: käsitteet ja määritelmät. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 20.3.2011]. Saatavana: <http://www.tilastokeskus.fi/til/tkke/kas.html>.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2008. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Verma I. (toim.). 2008. Dementiaoireisten asuin- ja hoivaympäristöt. [Verkkojulkaisu]. Espoo: SOTERA. Teknillinen korkeakoulu. Arkkitehtuurin laitos. [Viitattu 10.4.2011]. Raportti. Saatavana: http://www.sotera.fi/pdf/Dementiaoireisten_ asuin- ja_ hoivaymparistot_ web.pdf

Vuori-Kemilä A. 2003. Asiakassuhde hoidossa ja kuntoutuksessa. (S. 65-88). Teoksessa Saarelainen R., Stengård E. & Vuori-Kemilä A. 2003. Mielenterveys- ja päihdetyö. WSOY: Porvoo.

Väestötietojärjestelmät 2011. [WWW-dokumentti]. Kuntien asukasluvut aakkosjärjestyksessä. Rekisteritilanne 31.1.2011. [Viitattu. 16.4.2011]. Saatavana: <http://vrk.fi/default.aspx?docid=4258&site=3&id=0>

World Health Organisation (WHO). 1999. [WWW-dokumentti]. Strengthening Mental Health Promotion. Geneve: WHO. [Viitattu 15.2.2010]. Who Fact Sheet No. 220. Saatavana: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

Liite 1. Tutkimuslupa.

Seinäjoen ammattikorkeakoulu
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Sopimus opinnäytetystä

Opiskelijan nimi ja yhteystiedot (osoite, puhelin ja sähköposti):

SANNA YLI-KORTESNIEMI P: 050-3579355

Keski-Nurmentie 557, 60550 NURMO, Sanna.e.yli-kortesniemi
ylempi ammattikorkeakoulututkij@seinajoki.fi tai
Koulutusohjelma: Sosiaali- ja terveysalan kehittämi-
sen ja johtamisen koulutusohjelma @seamk.fi

Opinnäytetyön ohjaajan nimi ja yhteystiedot (osoite, puhelin ja sähköposti): ANNU PELTONIEMI, Peltoniementie 22, 69600 KATUNEN

95m 090 830 2467, annu.peltaniemi@seamk.fi

Toimeksiantajan/työn tilaajan/yhteistyöorganisaation edustaja ja asema organisaatiossa: _____

Toimeksiantajan/työn tilaajan/yhteistyöorganisaation edustajan yhteystiedot (osoite, puhelin ja sähköposti): _____

Opinnäytetyön (15 op) alustava nimi/aihe Mielenterveyspotilaiden hoito Seinäjoen
laupunginsairaan osastolla 4 - osaaminen ja
toiminta perusterveyden-
Opinnäytetyöhön kuuluvat tehtävät: kehittämistyön tekeminen huollon yksikössä

Työn tekemisestä aiheutuvien kustannusten korvaaminen: _____

Arvioitu aika opinnäytetyön tekemiseen: 10 / 9 2009 - 31 / 5 2011

Päiväys 29 / 3 2010

Opinnäytetyö on julkinen asiakirja.

Opinnäytetyöni saa julkistaa Thesous-verkkokirjastossa (rasti ruutuun) ☒

Opiskelijan allekirjoitus: Sanna Yli-Kortesniemi

Ohjaajan allekirjoitus: Anna Peltaniemi

Toimeksiantajan/tilaajan/yhteistyötahon edustajan allekirjoitus: Marisa Korhonen Hoitotyön johtaja Marita Kojola
Seinäjoen terveyskeskus

HUOMI Sopimukseen mahdollisesti liittyvistä tekijänoikeuksista ja muista erityisehdoista on sovittava erikseen kirjallisesti.

2249/2010

01.04.2010

Liite 2. Haastattelukysymykset.

Puolistrukturoitu kyselylomake

Haastatteluteemat olivat: arvot, perustehtävä, visio, osaaminen

Taustakysymykset:

Missä roolissa toimitte yksikköön nähden ja kauanko olette siinä roolissa toimineet?

Kuinka usein olette tekemisissä yksikköön liittyvissä asioissa?

1. Perustehtävä, rooli:

1. Mikä on mielestänne yksikön perustehtävä?
2. Millaisia potilaita mielestänne yksikössä tulee tällä hetkellä hoitaa?
3. Miten yksikön perustehtävä eroaa mielestänne muista kaupunginsairaalan osastoista?
4. Miten yksikön perustehtävä eroaa mielestänne muista kaupungin palveluista? (esim. tuettu palveluasuminen? kuntoutuskodit? kotihoito? erityistyöntekijät?)
5. Miten yksikön perustehtävä eroaa mielestänne erikoissairaanhoidon psykiatrisista palveluista?
6. Missä roolissa mielestänne yksikkö on Seinäjoen kaupungin mielenterveyspalveluissa?
7. Mitkä tahot ovat mielestänne yksikön tärkeimmät yhteistyökumppanit?
8. Onko mielestänne yksikön perustehtävässä ja roolissa kehitettävää? Jos, niin mitä?

2. Visio:

1. Millainen on visionne yksikön toiminnasta 5-10 vuoden päähän?
2. Millaisia potilaita yksikössä silloin hoidetaan?
3. Millaisia muutoksia visioon pääseminen mielestänne vaatii?

4. Miten visionne yksikön toiminnasta suhteutuu koko kaupunginsairaalan vision?
5. (Miten visionne toteutuminen tukee mielestänne Seinäjoen kaupungin mielenterveys- ja päihdestrategian toteutumista?)

3. Arvot:

1. Mitkä arvot ohjaavat toimintaanne kun työskentelette roolissanne yksikössä?
2. Onko yksikössä yhteisesti määriteltyjä toimintaa ohjaavia arvoja? Jos, niin mitä?
3. Mitä yhteisiin arvoihin sitoutuminen mielestänne vaatii yksittäisiltä työntekijöiltä ja työyhteisöltä?
4. Miten mielestänne yksikön toimintaa ohjaavat arvot saadaan osaksi yksikön arkea?

4. Osaaminen:

1. Millaista osaamista yksikössä työskentely tällä hetkellä mielestänne vaatii henkilöstöltä?
2. Onko yksikön eri ammattiryhmissä mielestänne riittävästi tarpeellista osaamista?
3. Voidaanko yksikön osaamista mielestänne hyödyntää kaupungin mielenterveyspalvelujen kehittämisessä ja potilaiden hoitoketjujen parantamisessa? Miten?
4. Millaista osaamista aiemmin mainittunne vision mukainen toiminta vaatisi?
5. Millä keinoin sellaiseen osaamiseen mielestänne päästään?

Liite 3. Tulosten kategoriointi.



